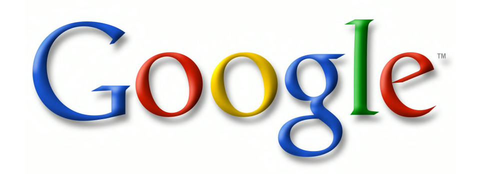
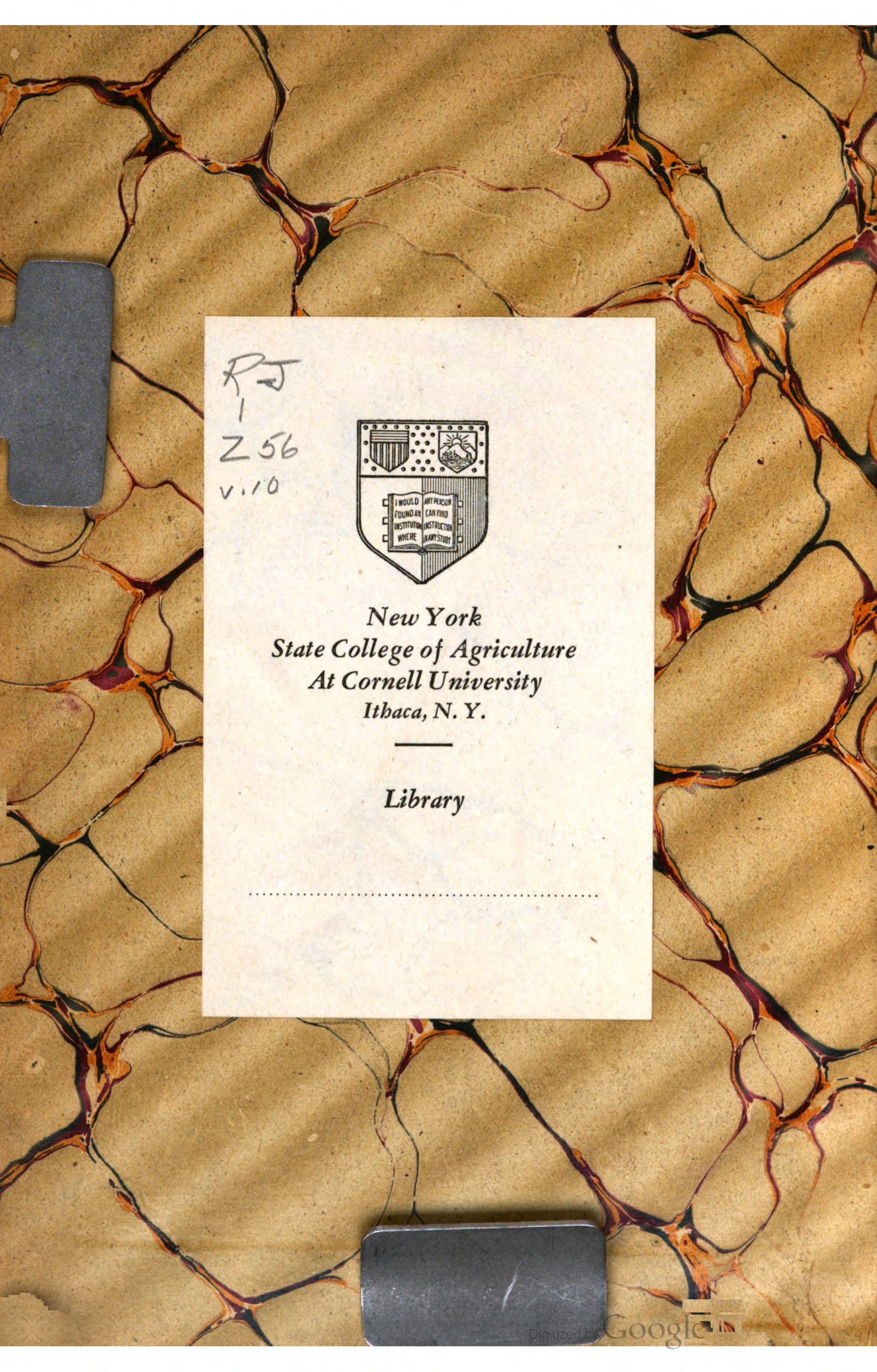


Zentralblatt für Kinderheilkunde


RJ
1
Z56
v.10
I WOULD FOUND AN INSTITUTION WHERE
ANY PERSON CAN FIND INSTRUCTION IN ANY STUDY
New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.
Library
Digitized by Google


CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 071 037 281
JUN 21 1948
Digitized by Google

CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN SPROTTAU.

10. JAHRGANG 1905.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1905.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. Januar 1905. No. 1.

I. Referate.

Ernst (Köln), Zur Verhütung der Blennorrhoea neonatorum nach Credé. (Centralblatt f. Gynäkologie. 1904. Nr. 41.) 2 $^0/_0$ige Höllensteinlösung bewirkt bisweilen Reizerscheinungen im Auge. Die Erfahrungen im Kölner Wöchnerinnenasyle haben E. schon vor 5 Jahren dahin geführt, zuerst auf eine 1$^1/_2$ $^0/_0$ige Lösung herunterzugehen. Nachdem E. diese Lösung 2 Jahre gebraucht und bei 900 Kindern keinen Fall infektiöser Conjunctivitis erlebt hatte, ist er vom 1. Januar 1902 zu einer 1 $^0/_0$igen Lösung übergegangen, weil bei 1$^1/_2$iger Lösung immer noch, wenn auch leichtere, Reizungen vorkamen.

Bis zum 1. Juli 1904 wurden 1111 Geburten ohne einen Fall von Blennorrhöe beobachtet. Ein Fall von anfänglich schwerer eitriger Conjunctivitis kam vor. Er war dadurch entstanden, daß die Hebamme den Rest einer alten Höllensteinlösung benutzte, die wohl durch Verdunstung konzentriert war. Dieser Fall, ebenfalls nur mit Borwasserwaschung behandelt, ging nach 4 Tagen glatt in Heilung über. 1 $^0/_0$ige Höllensteinlösung wurde stets sehr gut vertragen, war erfolgreich und reizte nicht.

Wenn man bedenkt, daß noch immer 30 $^0/_0$ aller Erblindeten ihr Unglück der Blennorrhöe verdanken, so ist es dringend zu wünschen, daß gesetzlich die Hebammen gezwungen werden, Einträufelungen zu machen. Man kann den Hebammen ruhig eine 1 $^0/_0$ige Höllensteinlösung in die Hand geben. Nur muß man ihnen einschärfen, die Lösung gut aufzuheben und, wenn zwei Drittel des Inhaltes der Flasche aufgebraucht sind, das letzte Drittel wegzugießen.

Grätzer.

Wintersteiner, Bemerkungen über Häufigkeit und Verhütung der Blennorrhoea neonatorum. (Aus dem St. Anna-Kinderhospital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. Nr. 37.) Wenn Cohn sagt: „Die Augeneiterung der Neugeborenen kann und muß aus allen zivilisierten Ländern verschwinden", so muß W. bezweifeln, daß dies allein durch das Credésche Verfahren möglich sein wird, selbst wenn dieses überall richtig und gewissenhaft durchgeführt wird. Bei Betrachtung seines Materials muß sich W. sagen, daß auch regelrecht durchgeführte Credésche Prophylaxe oft nicht imstande gewesen wäre, den Ausbruch der Blennorrhöe zu verhindern. So brachten zwei Kinder die Blennorrhöe schon mit auf die Welt; in beiden Fällen war der Geburtsakt keineswegs protra-

hiert, es konnte sich nur um bereits intrauterin erfolgte Infektion handeln. Ferner traten bei 40 von 122 Kindern die ersten Zeichen der Eiterung erst nach dem fünften Tage auf (bei sieben erst am 10.—14. Tage, bei sechs erst in der dritten Woche). Diese Blennorrhöen waren nicht durch den Geburtsakt hervorgerufen, es waren zweifellos sekundäre Infektionen, bewirkt durch das Lochialsekret der Mütter, die ausnahmslos die Kinder in ihren Betten hatten, und zwar zu Hause, unter elenden hygienischen Verhältnissen, wo die Kinder sicher durch Bettwäsche oder Hände leicht infiziert werden konnten. Was sollte da das Credésche Verfahren helfen? So rationell und nützlich dasselbe ist, die Prophylaxe dürfte eben damit nicht ihr Ende haben. Die Mütter müßten aufgeklärt werden über die Gefahren, die ihr Lochialsekret bei Unreinlichkeit für die Augen ihrer Kinder bedeutet, und zwar müßte diese Belehrung durch die Hebeammen geschehen, die ja bei jeder Geburt dabei sind.

Was die Therapie der Blennorhöe anbelangt, so befolgt W. die Vorschriften von Stellwag: 1—2stündliche Ausspülungen des Bindehautsackes mit einer hellweinroten (1 : 1000) Lösung von Kal. permang., sowie 1—2mal täglich Touchierung mit 2 %iger Höllensteinlösung. Mit dieser Therapie hat er stets Erfolg, nie einen Verlust, nie auch nur eine Schädigung der Hornhaut zu beklagen. Grätzer.

V. Morax, Les ophthalmies du nouveau-né. (Revue pratique d'obst. et de paed., Juni—Juli 1904.) Das Auge des Neugeborenen ist Entzündungen außerordentlich ausgesetzt, die man unter dem Namen Ophthalmie der Neugeborenen zusammenfaßt, und welchen man meist blenorrhagischen Ursprung zuschiebt. Systematische bakteriologische Untersuchungen haben aber gezeigt, daß kaum mehr als die Hälfte der Fälle auf Einfluß der Gonokkoken zurückzuführen sind, während in anderen man den Bazillus von Wecks, den Diplobazillus, den Pneumokokkus, den Pfeiffersche Bazillus findet. Nicht immer handelt es sich um eine Infektion von seiten der Mutter während der Geburt, da oft auch eine Infektion durch die Finger der Pflegerin u. a. stattfinden kann. Oft bleibt die Ätiologie dunkel, da man im Konjuntivaleiter keine Mikroben findet, doch ist es möglich, daß es sich um eine besondere Art der Infektion handelt, deren Erreger sich unseren heutigen Untersuchungsmethoden entziehen.

Prophylaktisch empfiehlt M. die Behandlung eventuell bestehender mütterlicher Genitalkrankheiten, größte Reinlichkeit in der Pflege des Neugeborenen und die Credéschen prophylaktischen Instillationen von 2 % Silbernitratlösung, welche noch immer die besten Resultate geben.

Obwohl die nicht blennorrhoischen Ophthalmien meist benigner Natur sind, soll doch jede derartige Erkrankung eingehend behandelt und als schwere Erkrankung betrachtet werden. Häufige Waschungen mit gekochtem Wasser oder lauwarmer Borsäurelösung, sowie Kauterisationen mit Silbernitratlösung 1 : 40 bilden die Hauptpunkte der Behandlung. Diese Ätzungen sollen anfangs zweimal täglich vorgenommen werden, später nur einmal und erst mit dem Versiegen der eitrigen Absonderung gänzlich ausgesetzt werden. Für leichtere Fälle

genügt eine 1 %ige Lösung oder eine Lösung von schwefelsaurem Zink 2,5 %. E. Toff (Braila).

E. Nohl (Müllheim i. B.), Erysipelas neonatorum gangraenosum. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. Nr. 37.) N. teilt einen interessanten Fall mit. Die Diagnose schwankte anfangs zwischen Erysipel und Oedema neonatorum. Auf ersteres deutete die anfangs sich zeigende Rötung und Schwellung des äußeren Genitale hin, doch war kein Fieber vorhanden, während bei Erysipel die Temperatur gewöhnlich recht hoch ist. Für Infektion sprach wiederum der Umstand, daß vor und nach der Geburt des Kindes in der Familie mehrfach infektiöse Affektionen vorkamen. Eine Eingangspforte für die Infektion war freilich nicht zu eruieren, eine Wunde, Intertrigo u. dergl. nicht zu sehen. Die Ähnlichkeit mit Oedema neonatorum wurde durch die starre gleichmäßige, nicht auf den ersten Blick als entzündlich erkennbare diffuse Schwellung der unteren Extremitäten und des Rückens erzeugt, sowie durch die eigentümliche zarte Marmorierung der Haut und das anfängliche Fehlen des Fiebers. Bei dem Ödem der Neugeborenen handelt es sich aber nicht um zu früh geborene, schwächliche, schlecht gepflegte Kinder (alles dies lag hier nicht vor), ferner besteht regelmäßig starkes Sinken der Temperatur unter die Norm (hier war sie anfangs normal, dann hoch), es tritt der Exitus unter starker Untertemperatur im Collaps ein (hier in Sepsis mit meningitischen Symptomen), es zeigt sich nie Rötung, Nekrose wie hier. Nach Henoch soll Erysipelas neonatorum zu Oedema neonatorum führen können. Es sind aber wohl besser beide Affektionen scharf voneinander zu trennen, und man wird nur die Möglichkeit zugeben, daß die erysipelatöse oder erysipelähnliche septische Infektion mit folgender Gewebsnekrose ein dem Oedema neonatorum äußerlich ähnliches Zwischenstadium haben kann.

Grätzer.

Fr. Bauer, Zur Ätiologie der Melaena neonatorum. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. Nr. 27.) Bei dem hereditär nicht belasteten Kinde, welches drei Tage post partum starb, fand sich als Ursache der Darmblutung ein scharfrandiges, kreisrundes Geschwür im Duodenum, 3 mm unterhalb des Pylorus; der Grund dieses Ulcus pepticum war dem Pankreaskopfe adhärent.

Welche Momente die Peptonisierung der Darmschleimhaut hier veranlaßt haben, war bei der Sektion nicht sicher eruierbar. Vielleicht war das Ulcus auf dem Boden einer Ekchymose entstanden, die durch eine Stauungshyperämie verursacht worden war; daß eine solche in diesem Gebiete bestanden hat, dafür sprachen Ekchymosen in der rechten Niere. Grätzer.

L. Ballin, Über die Behandlung des Pemphigus neonatorum. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart, Juli 1904). Zunächst hebt B. die enorme Kontagiosität des Leidens hervor, gegen welche die schärfsten Maßnahmen angebracht sind. Nicht nur durch unmittelbaren Kontakt, sondern auch durch mittelbare Übertragung kann eine Verschleppung erfolgen, noch

Wochen nach der Berührung eines kranken Säuglings kann trotz gründlicher Desinfektion der Pemphigus durch Hebeammen etc. auf andere Neugeborene übertragen werden. Über die Disposition zur Erkrankung kann B. nach seinen Erfahrungen folgendes sagen: Neugeborene sind besonders befähigt, diese Affektion zu erwerben. Aber schon bei gesunden Kindern jenseits des zweiten oder dritten Monats nimmt die Disposition ab. Kommt es aber doch mal zu einer Infektion, so nimmt sie nur geringe Ausdehnung an. Auf Erwachsene kann Übertragung stattfinden, doch bedarf es dazu sehr intimer Berührung, mittelbar findet da sicher keine Infektion statt. So sah B. bei einer Amme, die ein mit Pemphigus behaftetes Kind anlegte, eine Eruption an der Brust auftreten; ein ohne Stethoskop auskultierender Arzt infizierte sich an der Wange. Die Widerstandsfähigkeit älterer Säuglinge ist herabsetzbar durch akzidentelle Einflüsse, und zwar allgemeine Schwäche und Hinfälligkeit und Mazeration der Haut durch Intertrigo und ähnliches. Besonders begünstigt wird die Infektion durch Umschläge; einige der schwersten Fälle sah B. bei Kindern, die durch Senfpackungen im Verlaufe einer kapillären Bronchitis eine leichte Hautreizung hatten. Eine besonders gesteigerte Disposition entsteht natürlich, wenn Hauterkrankung und allgemeine Schwäche sich vereinigen. Also: strenge Isolation der erkrankten Kinder, auch eigenes Pflegepersonal! Ist dies absolut unmöglich, dann darf man solche Kranke nur zu über sechs Monate alten, kräftigen und vor allem hautgesunden Kindern legen. Besonders wichtig ist ferner der Abschluß der Blase durch eine Behandlungsmethode, die, nach Art eines Okklusivverbandes, das Verschmieren der Sekrete verhindert und so auch der Autoinokulation entgegenarbeitet.

Bei der Behandlung sind zu trennen die noch wenig ausgebreitete, nur aus einer oder vereinzeltea Blasen bestehende Form von der schon größere Hautstrecken einnehmenden. Bei der ersteren leistete die besten Dienste Ichthargan, das sich übrigens auch sonst oft als sehr nützlich erwies. So leistete 5 und 10%ige Salbe vorzügliches bei Behandlung torpider Wundflächen, sowie bei Behandlung der bei Säuglingen so häufigen Rhagaden der Ohrläppchen und des Ohrekzems, das unter einem 5%igen Ichthargansalbenverband stets prompt abheilte. Als Lösung wurde das Mittel bei langwierigen Rhinitiden mit gutem Erfolge als Spray benutzt. Beim Pemphigus ordinierte B.

Rp. Ichthargan. 5,0,
Tragacanth. 1,5,
Aq. dest. ad 50,0.

Nach Abtragung der Blase wurde diese Mixtur auf die Wundfläche aufgestrichen, eine dünne Schicht Watte daraufgedrückt und noch einmal die Lösung daraufgestrichen. Unter dieser ziemlich festhaftenden Decke heilte die Stelle ab; nur selten war eine zweite Beklebung erforderlich. Die Hülle blieb solange liegen, bis sie von selbst abfiel, d. h. nach 4—5 Tagen, nachdem Heilung eingetreten war. Bei der ausgebreiteten Form und bei Pemphigus auf der behaarten Kopfhaut versagte diese Methode. Als hervorragendes Heil-

mittel erwies sich hier die v. Bardelebensche Wismuthbrandbinde, die zunächst eine bedeutende Linderung der Schmerzen und dann rasche Heilung bewirkte. Um eine Beschmutzung des Verbandes, der mehrere Tage liegen bleiben soll, zu verhindern, wurde der Bendix-Finkelsteinsche Apparat für Stoffwechseluntersuchungen mit bestem Erfolge benutzt, in dem die Kinder bequem liegen; dieser einfach zu handhabende Apparat kann als Unterstützungsmittel in der Wundbehandlung der Säuglinge durchaus empfohlen werden. In drei Fällen wurde so keine vollständige Heilung erzielt, sondern erst unter Salbenverbänden mit Ung. sulfurat. rubr., die sich auch beim Pemphigus der Kopfhaut bewährten. In einzelnen Fällen von ausgebreitetem Pemphigus waren auch Umschläge mit essigsaurer Tonerde von Nutzen. In der Nachbehandlung leisteten Eichenrindenbäder Gutes.

Grätzer.

A. Whitfield, Zwei Fälle von akutem Pemphigus neonatorum. (The Brit. Journ. of Dermatology. Juni 1904.) Der erste Fall betraf ein 17 Tage altes Kind, das bei der Geburt gesund war und gegen Ende der zweiten Lebenswoche am ganzen Körper Blasen bekam. Zwei Tage nach Beginn der Erkrankung des Kindes zeigte die Mutter desselben auf der Stirn eine Blase, die an typische Impetigo contagiosa erinnerte. Der Inhalt der Blasen enthielt beim Kinde Reinkulturen des Streptokokkus, bei der Mutter außerdem noch Colonien des Staphylokokkus pyogenes aureus.

Der Krankheitsverlauf war ein günstiger. — Im zweiten Falle erkrankte ein neugeborenes Kind zehn Tage nach der Geburt mit Flecken im Gesicht. Der Ausschlag verbreitete sich rasch über den ganzen Körper und nahm den Charakter einer Dermatitis exfoliativa neonatorum an. Bei genauerer Besichtigung sah man jedoch, daß die Abschuppung von sehr schlappen, größtenteils geborstenen Blasen herrührte. Der Eall verlief letal.

C. Berliner (Aachen).

W. Knoepfelmacher und **K. Leiner,** Dermatitis exfoliativa neonatorum. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 60. Band. Ergänzungsheft.) Zwei sorgfältig beobachtete Fälle im Zusammenhalt mit der einschlägigen Literatur lassen die beiden Autoren zu dem Schlusse kommen, daß in der Dermatitis exfoliativa neonatorum kein selbstständiges Krankheitsbild vorliegt. Sie sind vielmehr der Ansicht, daß sie als eine — und zwar sehr schwere Form — des Pemphigus neonatorum anzusehen ist. Die Gründe, die sie zu dieser Annahme bringen, sind folgende: das Hauptsymptom der Dermatitis e. n., die Epidermolysis, kommt auch beim Pemphigus n. vor; die gutartigste Form des Pemphigus n. kann in die Dermatitis e. n. übergehen; eine Epidemie von Dermatitis e. n. hat mit Pemphigus n. geendigt; ein Fall von Dermatitis e. n. hat bei Übertragung auf eine Schwester Pemphigus contagiosus hervorgerufen; epidemisches Auftreten von Dermatitis e. n. war von epidemischem Auftreten von Pemphigus n. begleitet; der bakteriologische Befund ist bei beiden Krankheiten nicht wesentlich abweichend; die histologische Untersuchung der erkrankten Haut läßt bei beiden Krankheitsformen dieselben Veränderungen, jedoch in verschiedener Intensität, erkennen. — Im Gegensatze zu der

Angabe von v. Ritter halten die Autoren die Krankheit für unbedingt kontagiös. Hecker.

Arthur J. Patek, Dermatitis exfoliativa neonatorum oder Ritters Krankheit. (The Journ. of cut. Diseases including Syph. Band 22. Juni 1904.) Im Jahre 1878 publizierte Ritter von Rittershain in Centralblatt für Kinderheilkunde Bd. 2 eine bis dahin noch nicht beschriebene Hautaffektion der Neugeborenen, welche er zuerst „Dermatitis erysipelatosa“, später „Dermatitis exfoliativa neonatorum“ nannte. Er hat folgende Stadien der Krankheit unterschieden:

1. Das Prodromalstadium, bestehend in einer Trockenheit der Haut und kleienförmiger Abschuppung.

2. Erythema (Hyperaemia) und Exsudation. Das erythematöse Stadium beginnt gewöhnlich in Gesicht und um den Mund mit einer anfangs schwachen, dann tieferen, sich allmählich über den ganzen Körper verbreitenden Röte, der sich bald Rhagadenbildung, Schwellung und Nässen der Haut zugesellen. Die Mundschleimhaut zeigt hyperämische, miliare Plaques und hier und da des Epithels beraubte Stellen. Die Extremitäten werden zuletzt befallen.

3. Das Stadium der Exfoliation und Exsikkation, charakterisiert durch Krustenbildung, Loslösung der Epidermis, Austrocknung der freiliegenden Cutis, Bedecken derselben mit trockenen Lamellen.

4. Regeneration der Epidermis und Desquamation, oder wenn Heilung nicht erfolgt,

5. Furunkulosis und Abszeßbildung.

Der Verf. beschreibt dann die Krankengeschichte eines derartigen Falles. C. Berliner (Aachen).

Enrico Mensi, Ätiologie und Pathogenese des Sklerоedems der Neugeborenen. (Rivista d. Clinica Pediatrica. Januar 1904.) Verf. gibt die Geschichte von 11 Fällen seiner Beobachtung. In allen war das Skleroedem vergesellschaftet mit Bronchopneumonie, in sechs außerdem mit Nephritis, in zweien auch noch mit Staphylokokken-Septikaemie, in einem mit einer Allgemeininfektion durch Streptokokken und Bact. coli, in zwei mit Sepsis durch einen nach Gram nicht färbbaren, ohne weiteres nicht zu identifizierenden Mikrococcus. Alle Kinder waren in der Entwickelung zurückgeblieben und hatten ein subnormales Gewicht. Die ersten sechs Fälle, in denen sich Nephritis fand, können als Stütze für die Ansicht dienen, daß das Skleroedem als Folge einer Niereninsuffizienz aufzufassen ist; die Fälle beweisen gleichzeitig den nichtspezifischen Charakter der Erkrankung, bei der die verschiedensten Mikroorganismen gefunden werden, ferner die Wichtigkeit der Bronchopneumonie für das Zustandekommen. In der zweiten Serie von fünf Fällen, in denen weder intra vitam noch bei der Sektion sich Nephritis fand, war das Skleroedem einfach an einen allgemeinen oder lokalen infektiösen Prozeß gebunden. Nach Ansicht des Verfs. wirken dabei außerdem noch mit eine mangelhafte Funktion der Nieren bei Neugeborenen überhaupt, die besonders bei den schwächlichen vorzeitig Geborenen, um die es sich in allen diesen Fällen handelte, ausgesprochen war. F.

Monti (Pavia), Sklerem und Skleroedem der Neugeborenen. (Societè Italiana di Patologia. 7. Oktober 1904.) Verf. hat auf dem Obduktionstisch zwei Fälle von genuinem Sklerem, einen von Skleroedem gefunden. In den ersteren fand er den panniculus adiposus hart wie Pappe; in ihm kleine disseminierte Herde von nach Gram-Weigert färbbaren Bazillen. Dieser Mikroorganismus läßt sich in Gelatine züchten, ist für erwachsene Tiere unschädlich, dagegen für neugeborene Kaninchen pathogen, ohne aber bei diesen das Bild des Sklerems hervorzurufen. In dem Fall von Skleroedem hat Verf. die Diagnose auf eine Streptokokkeninfektion nach eitriger Arthritis stellen können mit zahlreichen kleinen Herden im Fettgewebe und mit Streptokokkenembolien in den Hautkapillaren. Der isolierte Streptococcus zeigt die kulturellen Eigenschaften des Str. pyogenes. Tiere, die unter die Haut oder in serösen Höhlen geimpft wurden, starben infolge eitriger Entzündung mit reichlichem Exsudat, aus dem man von neuem den Streptococcus isolieren konnte. F.

Colcott Fox, Sclerema infantum. (The Brit. Journ. of Dermatology. Band 16. Januar 1904. S. 19.) Ein 10 Monate altes Kind leidet an Sklerem der Bauchwände und des Gesäßes. Die befallenen Partien sind diffus verdickt, fühlen sich jedoch nicht, wie dies sonst bei Sklerem beobachtet wird, marmorkalt an. Die Haut ist gespannt und etwas glänzend. Der betastende Finger nimmt in derselben knotige Unebenheiten wahr, die anatomisch nichts anderes als ausgestülpte Hautfalten sind.

Unter verbesserten, hygienischen Verhältnissen können solche Fälle geheilt werden. C. Berliner (Aachen).

Cowie und Forbes, Intrauterine Infektion des Foetus mit Pocken. (The Brit. med. Journ. 25. Juni 1904.) Es bestätigt sich, daß Kinder, deren Mütter bei der Niederkunft an Pocken leiden, gewöhnlich Anzeichen dieser Krankheit bei der Geburt oder gleich nach derselben aufweisen.

Die Verfasser beschreiben drei Fälle.

1. Das Kind wurde am 24. Dezember 1902 abends geboren, bekam am 3. Januar 1903 konfluierende Pocken und starb nicht geimpft am 13. Januar. Die Mutter erkrankte am 20. Dezember, am 24. zeigte sie einen milden Pockenausschlag.

2. Das Kind wurde am 26. Juni 1903 geboren und noch an demselben Tage geimpft, da die Mutter am 26. Juni einen Pockenausschlag aufwies. Trotz erfolgreicher Impfung bekam das Kind am 3. Juli die Pocken und starb am 14. desselben Monats.

3. Das Kind kam am 14. April zur Welt. Am 12. war die Mutter an hämorrhagischer Variola erkrankt und starb zwei Tage später. An demselben Tage (16. April) wurde das Kind geimpft, bekam jedoch, obgleich die Impfung von Erfolg war, am 21. April einen Pockenausschlag. C. Berliner, (Aachen).

Peter Mirch. Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis. (Dermat. Zeitschr. 1904. Heft 9). Verf. berichtet über einen eigentümlichen Fall heretitärer Lues bei einem sechs Wochen alten Kinde

mit Coryza und ausgeprägten Hautsyphiliden. Die Mutter hatte in erster Ehe nach einem gesunden Kinde drei faultote Früchte und ein bald nach der zu frühen Geburt sterbendes Kind zur Welt gebracht und von der Syphilis ihres Mannes erst nach dessen Tode erfahren. In der zweiten Ehe mit dem nach eingehendster Untersuchung völlig gesund befundenen Manne gebar sie nach Aborten das zur Behandlung gekommene Kind. Auch die Frau zeigte zwar keine Manifestationen der Lues, doch ließ sich ein früheres Bestehen derselben aus anamnestischen Mitteilungen über subjektive Beschwerden, Haarausfall etc. erkennen. Immerhin findet dieser Fall nur durch die Annahme materner Vererbung eine gewisse Erklärung.

Max Joseph (Berlin).

C. Boeck (Christiania), Hereditäre Lues in der zweiten Generation. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. Nr. 37.) B. hat in 30jähriger Praxis noch keinen Fall von hereditärer Lues gesehen, der vom Vater vererbt war, wohl aber vier Fälle, wo die Kinder durch Vererbung von der hereditär-syphilitischen Mutter her syphilitisch waren. Alle vier Kinder kamen erst spät zur Beobachtung, da natürlich die Mütter keine Ahnung von dem Charakter des Leidens ihrer Kinder hatten. Die Mütter waren 29, 20, 21 und 26 Jahre alt, als diese Kinder geboren wurden.

Ist nun ein so langes Verweilen des Virus im mütterlichen Organismus denkbar? Wenn wir von der während des extrauterinen Lebens akquirierten Syphilis schließen sollen, ist dies sehr gut denkbar. Es sind Fälle bekannt, wo Frauen, die vor 20 Jahren ihre Syphilis akquiriert hatten, syphilitische Kinder gebaren, und einen solchen Fall hat auch B. gesehen. W. Boeck hat sogar einen Fall mitgeteilt, wo eine 47jährige Frau ein syphilitisches Kind gebar, 37 Jahre nachdem sie, 10 Jahre alt, infiziert worden war.

Solche Fälle, sowie die Fälle von hereditärer Lues der zweiten Generation zeigen nicht nur, daß das syphilitische Virus imstande ist, durch lange Jahresreihen hindurch im Organismus fortzuleben, nachdem es schon längst seine virulenten, unter gewöhnlichen Umständen ansteckenden Eigenschaften verloren hat — was wir ja schon von den sehr spät auftretenden tertiären Erscheinungen wissen, — sondern sie zeigen auch, daß dasselbe Virus, wenn es auf plazentarem Wege in den kindlichen Organismus eingeführt wird, nicht nur fortleben kann, sondern in demselben, wenn das Kind zur Welt gebracht ist und nicht mehr unter dem Einfluß des mütterlichen Organismus mit seinen Alexinen steht, wieder seine vollen virulenten Eigenschaften erhalten und entfalten kann, und zwar so lange, bis der kindliche Organismus auf seiner Seite die Zeit gehabt hat, die nötigen Antikörper zu entwickeln und das Virus wieder in eine nicht virulente Form hinüberzubringen.

Grätzer.

Jesionek u. Kiolemenoglou, Über einen Befund von protozoenartigen Gebilden in den Organen eines hereditärluetischen Fötus. (Aus der k. dermatolog. Klinik zu München.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 43.) Die Verff. haben bei einem hereditär-luetischen 8monatlichen Fötus in beiden Nieren,

in beiden Lungen und in der Leber neben ausgesprochen luetischen Gewebeveränderungen eigenartige zellige Gebilde gefunden, deren Deutung große Schwierigkeit verursacht. Sie nehmen an, daß diese Gebilde Protozoen seien, eine Art Gregarinen, und es fragt sich nun, ob letztere mit der hereditären Lues in irgend einem kausalen Zusammenhang stehen. Es könnten ja schließlich wie bei der Malaria auch hier Protozoen eine Rolle spielen; bei einer Krankheit wie der Lues mit ihren Inkubationen, anfallsweise auftretenden Rezidiven usw. wäre dieser Gedanke nicht so ohne weiteres von der Hand zu weisen, wenn man auch nicht so weit gehen dürfte, diese Protozoen als die lange gesuchten Syphiliserreger anzusehen. Die Zukunft wird hier wohl Licht in das Dunkel bringen. Grätzer.

Alfred Binder, Über Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber. (Virchows Archiv. Bd. 177. Heft 1.) Es handelt sich um ein 3 1/2 Monate altes Mädchen. Der Vater wurde früher wegen Lues behandelt. Das erste Kind wurde im siebenten Monat totfaul geboren. Das in Frage stehende Kind kam rechtzeitig zur Welt mit Pemphigus neonatorum. Schnupfen bestand während der ganzen Lebenszeit. Leber und Milz waren deutlich palpabel. Die klinische Diagnose lautete auf Hepatitis und Splenitis syphilitica. Die Sektion zeigte eine Splenitis, eine syphilitische Leberzirrhose und Osteochondritis syphilitica.

Die mikroskopische Untersuchung ergab noch Endarteriitis der Nierenarterie und interstitielle Prozesse in den Nieren. Den interessantesten Befund wies die Leber auf. Hier fand sich ein enormer Reichtum an Riesenzellen bei interstitieller Hepatitis, die von exquisit diffusem Charakter war. Die Riesenzellen erklärt sich Verf. als durch Konfluenz von Leberzellen entstanden. Schridde (Marburg).

E. Welander (Stockholm), Wie und wo sollen wir hereditärsyphilitische Kinder behandeln? (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 37.) W. betont zunächst, daß auch die Hereditärsyphilis intermittent präventiv zu behandeln ist, und zwar sowohl wenn der Fötus in utero ist, wie auch nach dessen Geburt. Am besten läßt man die Frauen während der Schwangerschaft Hg-Säckchen tragen, wobei, wie sich W. überzeugt hat, genügend Hg auf den Fötus übergeht. Seit 1897 hat er alle gravide Frauen mit Hg-Säckchen mit sehr günstigem Resultat behandelt. Wenn die Frau bei der Konzeption Syphilis hat, suchte er sie konsequent während der Schwangerschaft intermittent zu behandeln, selbst wenn ihre Syphilis ziemlich alt war; denn er hat Fälle gesehen, wo tertiärsyphilitische Frauen hereditärsyphilitische Kinder gebaren, und wo der Mann wirklich frei von Syphilis war. Das geborene Kind muß einige Jahre lang intermittent präventiv behandelt werden. Wenn möglich, muß es von seiner Mutter genährt werden, die während dieser Zeit, schon weil Hg, wenn auch in geringer Menge, auch durch die Milch auf das Kind übergeht, ebenfalls intermittent behandelt werden muß. Seit 1897 hat W. alle syphilitischen Kinder mit Hg-Säckchen behandelt. Bei sehr jungen Kindern wurde jeden oder jeden zweiten Tag 1/2 g Ung. Hg angewendet, bei 2—3 Monate alten Kindern 1 g usw. Daß Hg dabei

kräftig absorbiert wird, konnte W. nachweisen, auch zeigten es die therapeutischen Resultate (doch muß Kontrolle des Urins stattfinden, da zu große Mengen Hg Nierenreizung hervorrufen können). Auch die Blaschkoschen Mercolintschürzen sind brauchbar, doch muß man die stärksten (Nr. 3) nehmen und jeden zehnten Tag wechseln, da das Hg dann verdunstet ist. Sobald die Syphilis der Mutter ziemlich alt ist, d. h. 6—8 Jahre alt, faßt W. das Kind als syphilitisch auf, obschon es nicht so lange und so kräftig behandelt zu werden braucht, als wenn die Syphilis der Mutter frischer ist. Sollte sich die Mutter die Syphilis in der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft zugezogen haben, so faßt W. das Kind in sozialer Beziehung gleichwohl als syphilitisch auf; er hat eine Mutter gesehen, die bei der Entbindung nur eine Sklerose. aber noch keine allgemeinen Symptome (welche nach der Entbindung auftraten) bekommen hatte, und die dennoch ein Kind gebar, das dann hereditärsyphilitische Symptome zeigte. Ebenso wie man einen Erwachsenen intermittent behandelt, gleichviel ob Symptome vorhanden sind oder nicht, müssen wir auch diese Kinder einige Jahre lang intermittent behandeln, ob sie Erscheinungen aufweisen oder nicht.

Aber wo wird diese Behandlung sowohl des Fötus in utero wie des geborenen Kindes am besten durchgeführt, besonders bei den Armen? In Schweden haben venerisch Kranke kostenfreie Krankenhauspflege, und so konnte W. eine Menge gravider syphilitischer Frauen im Krankenhause behandeln. Aber nach der Geburt? Da ist die doppelte Aufgabe zu erfüllen: Die Ausbreitung der Krankheit durch diese kleinen Kinder auf unschuldige Familien zu verhindern und die Kinder selbst vor künftigen syphilitischen Leiden zu schützen. Diese Kinder müßten 2—4 Jahre in einem Asyl leben, wo sie intermittent behandelt werden und unter guten hygienischen Verhältnissen leben können.

W. war 1900 in der Lage, ein kleines Asyl für solche Kinder zu eröffnen, wo erst 5 Kinder aufgenommen wurden, jetzt 13 Kinder untergebracht sind. Von diesen 22 Kindern sind die Mütter in sechs Fällen während der Schwangerschaft ordentlich behandelt worden; keines dieser Kinder, die natürlich selbst intermittent behandelt worden sind, hat jemals ein Symptom von Lues gezeigt, obschon fünf von ihnen $2^1/_4$—4 Jahre alt sind. 4 Kinder, deren Mütter während ihrer Schwangerschaft weniger kräftig behandelt worden sind, haben nach der Geburt Symptome, jedoch unbedeutende, gezeigt, haben seitdem kein Rezidiv gehabt, obgleich seit ihren ersten Symptomen 2—3 Jahre verflossen sind. Die Mütter von 10 Kindern sind nicht während ihrer Schwangerschaft behandelt worden; alle diese Kinder haben mehr oder weniger schwere Symptome von Lues gehabt, sie wurden intermittent behandelt; keines hat nach dem ersten Ausbruch ein Rezidiv bekommen, einige sind schon 2—3 Jahre alt. Von zwei der Kinder kann W. nicht bestimmen, ob sie hereditärsyphilitisch sind, oder ob sie, einige Monate alt, von ihren Müttern angesteckt sind, die sich dann die Syphilis nach der Entbindung zugezogen haben müssen; beide Kinder hatten ausgebreitete syphilitische Symptome, haben aber nach Beginn der intermittenten Behandlung kein Rezidiv

gehabt (sind jetzt über 3 Jahre alt). Die Resultate sind demnach sehr günstige.

Eine schwere Frage entstand, wenn diese Kinder so lange im Heim gewesen, daß sie ohne Gefahr entlassen und in Pflege gegeben werden konnten. 6mal glückte es, ein passendes Heim zu finden, die Kinder wurden daher entlassen; 13 befinden sich noch im Hause, die jährlichen Kosten für diese betragen etwa 6000 Mark. Natürlich müßten viel mehr solcher Heime zur Verfügung stehen. Denn trotz der kurzen Tätigkeit hat das kleine Heim seine erste Aufgabe, die Verbreitung der Syphilis durch die Kinder zu verhindern, vollständig erfüllt. Zum zweiten läßt sich hoffen, daß die Lues der Kinder vollkommen beseitigt wird, daß letztere in Zukunft von dem Leiden verschont und sich zu kräftigen, gesunden Menschen entwickeln werden.

Grätzer.

Dezsö Veszprémi, Ein Fall von Tuberculosis congenita. (Budapesti orvosi ujság. 21. IV. 1904.) V. berichtet über den Krankheitsverlauf und Sektion eines 37 Tage alten Säuglings, Kind einer mit Phthise behafteten Pat. Bei der Geburt 2250 g am Tage des Todes 1625 g schwer. Ständig subfebril. Mit Soxhlet ernährt. Bei der Sektion T. b. c. miliaris.

Ernö Deutsch (Budapest).

Herm. Müller (Zürich), Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten. I. Die angeborene Lücke der Kammerscheidewand. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 12 und 13.) M. beschäftigt sich zunächst mit der angeborenen Lücke der Kammerscheidewand, gibt mehrere genau registrierte Krankengeschichten und beleuchtet ausführlich das klinische Bild und die Diagnose der genannten Affektion. Da diese noch sehr wenig bekannt ist, dürften die klaren Auseinandersetzungen M.s sehr willkommen sein.

Grätzer.

Vincenzo Rocchi, Klinische Beobachtung über einen höchst seltenen Fall von angeborenem Mangel des Penis. (Rivista di Clinica Pediatrica. IV. 1904.) Bei einem 4 Monate alten Knaben war das Fehlen des Penis zur konstatieren. Die Haut setzt sich von der Symphyse aus direkt ohne Unterbrechung auf die Vorderfläche des Skrotum fort. Dieser erscheint nach Form und Umfang normal, in ihm lassen sich durch Palpation die beiden normalen Testikel konstatieren. Das Urinieren geschieht durch das Rektum und zwar kommt der Harn entweder mit den Fäces gemischt oder auch allein; in letzterem Fall wird der Urin im Strahl entleert. Der Urin ist nach Quantität und Qualität normal. Ein in das Rektum eingeführter Katheter drang nicht in die Blase; die Einführung eines Rektoskops war unmöglich.

F.

C. Bötticher, Über die Becksche Methode der Hypospadieoperation. (Aus der chirurg. Klinik der Universität in Gießen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 36.) Beck hat 1897 seine Methode angegeben, bei der er ein ganz neues Prinzip empfahl: Die Freipräparierung und Vorwärtsdislozierung der Urethra. In Gießen wurden bisher 10 Fälle so operiert, und zwar mit derartig gutem

Endresultat, daß B. die Ansicht Königs, die Becksche Operation werde alle anderen bis dahin für die Hypospadie empfohlenen Methoden entbehrlich machen, voll und ganz teilt.

B. bringt die Krankengeschichten der 10 Fälle. 6mal handelte es sich um Eichel-, 4mal um Penishypospadie. In 6 Fällen genügte schon ein einziger Eingriff, um die mobilisierte, vorgelagerte Urethra vorn an der Eichelspitze für immer und mit genügend weiter Endöffnung zur Einheilung zu bringen. In einem Falle heilte ebenfalls das vordere Ende der Harnröhre an der gewünschten Stelle auf die erste Operation hin ein, wenn auch bei dem 14jährigen Jungen noch eine Sekundärnaht nötig wurde, weil offenbar infolge von wiederholt aufgetretenen Erektionen die genähte Haut an der Unterseite des Penis wieder auseinander gewichen war. Eines größeren Eingriffs, bezw. einer Wiederholung der Beckschen Operation bedurfte es in den übrigen 3 Fällen. Bei zwei davon kam B. in der zweiten Sitzung auch zum Ziel, während beim dritten die Eltern eine Wiederholung der Operation nicht nachsuchten. Abgesehen von diesem letzten Falle hat die Operation bei allen Fällen in funktioneller wie in kosmetischer Hinsicht die höchsten Erwartungen erfüllt, und wurde dies Ergebnis bei durchschnittlich nur 14tägiger Behandlung erzielt, während bei der Thierschschen Operation Monate vergingen, ehe man ein Heilungsresultat gewann.

Was die Ausführung der Methode anbelangt, so wurde fast stets als Befestigungsmodus der mobilisierten, vorgezogenen Urethra nicht die Spaltung der Eichel angewandt, sondern die Tunnelierung derselben, ein wesentlich einfacheres und zweckmäßigeres Verfahren. Von einer Konstriktion des Penis wurde Abstand genommen; die Blutung ist bei vorsichtigem Vorgehen eine recht mäßige. Sehr erleichtert wird namentlich bei kleinen Kindern, bei denen die Harnröhrenwände äußerst zart und dünn und deshalb die Möglichkeit einer Harnröhrenverletzung ganz besonders ausgesetzt sind, der Eingriff durch Einführung eines möglichst dicken Gummikatheters in die Harnröhre. Die Nachbehandlung ist sehr einfach; ein Pulver- oder Salbenverband genügt. Nicht selten stören Erektionen den Heilungsvorgang. Auch erschwertes Urinieren kommt vor, macht aber nicht einen Verweilkatheter gleich nach der Operation erforderlich, sondern es wird einfach katheterisiert, sobald dies notwendig wird.

In welchem Lebensalter nun soll operiert werden? Die Becksche Operation liefert auch noch bei Erwachsenen vorzügliche Resultate, doch ist hier die Dehnbarkeit der Urethra nicht sehr groß mehr, auch wirken die Erektionen noch störender ein. Im allgemeinen ist die Operation, je eher sie ausgeführt wird, desto leichter und aussichtsvoller. Becks jüngster Pat. war 6 Monate alt. Trotzdem ist es wohl mit Rücksicht auf die Entwicklungsverhältnisse der Genitalsphäre, Nachbehandlung usw. besser zu warten, bis die Kinder das dritte Lebensjahr erreicht haben.

Grätzer.

R. Paschkis. Über eine eigenartige kongenitale Harnröhrenfistel. (Aus dem k. k. allgem. Krankenhause in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 47.) Ein Unikum: Defekt in der Haut der Unterseite des Penis, daselbst, sowie proximal und distal davon

ein Freiliegen des Corpus cavernosum urethrae, ferner Spaltung der Harnröhre, bezw. des Corpus cavernosum derselben (doppelte Spaltung?) an ungewöhnlicher Stelle. Grätzer.

E. M. Corner, Über unvollständigen Descensus testiculi. (The Brit. med. Journ. 4. Juni 1904.) Der Wert eines unvollständig deszendierten Testikels ist nach den Untersuchungen des Verf.s ein sehr problematischer. Wahrscheinlich produziert ein solcher niemals Spermatozoen. Ist der Zustand bilateral, so sind die Aussichten auf eine Potentia generandi sehr schlechte; wenn jedoch der Fehlen nur einseitig ist, so besteht Hoffnung auf Fortpflanzung des Geschlechts und Erhaltung der männlichen Würde. Hinsichtlich operativer Eingriffe bei unvollständigem Descensus testiculi stellt Verf. folgende Grundsätze auf:

1. Die Orchidopexie oder Orchidorrhaphie (Fixation des Testikels am Boden des Skrotums) ist nur in milden Fällen anwendbar, kommt aber auch da nur sehr selten zur Ausführung.

2. Die Orchidektomie ist nur unter gewissen pathologischen Zuständen gerechtfertigt, z. B. bei Torsion, intensiver Neuralgie, hochgradiger Atrophie des Testikels indiziert.

3. Die Reposition ist in der Mehrzahl der Fälle indiziert und sollte stets vor Eintritt der Pubertät, etwa bis zum Alter von 20 Jahren ausgeführt werden.

4. Keine Operation soll man vornehmen in milden Füllen, in denen der Testikel sich nahe dem Boden des Skrotums befindet oder im Abdomen zurückgehalten wird.

5. Operative Eingriffe können jederzeit wegen sekundärer Veränderungen, Entzündungen, gleichzeitig bestehender Hernie und drohender Strangulation notwendig werden. C. Berliner (Aachen).

Mathias (Breslau), Vereiterung des persistierenden Urachus mit Durchbruch in die Blase und in die Bauchdecken. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 42. 2. Heft.) M. beschreibt einen Fall von Tumor der Gegend zwischen Blase und Nabel, dessen Untersuchung eine Abszeßhöhle ergab, entstanden durch Vereiterung des persistierenden Urachus infolge einer fortgeleiteten gonorrhoischen Cystitis. Im Anschluß daran werden mehrere ähnliche Fälle aus der Literatur besprochen. Vulpius (Heidelberg).

Edw. Pfister, Zwei seltenere Fälle von kongenitalen Mißbildungen. (Aus dem deutschen Spital in Kairo.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 24.) Beschreibung von zwei interessanten Fällen: 1. Fall von Pseudohermaphroditismus bei einem 2jährigen Kinde, den P. als Pseudohermaphroditismus masculinus extern. ansprechen zu müssen glaubt. 2. Fall von Pygopagus bei einem 4monatlichen Kinde; die Operation des recht umfangreichen Tumors gelang leicht, doch 2 Stunden später trat im Kollaps der Tod ein. Es handelte sich offenbar um eine Sakralgeschwulst, welche man „rudimentären Pygopagus acardiacus parasiticus“ zu nennen pflegt. Grätzer.

Herm. Schridde, Über den angeborenen Mangel des Processus vermiformis. Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte

und Anatomie des menschlichen Blinddarms. (Virchows Archiv. Bd. 177. Heft 1. 1904.) In der Arbeit wird ein bisher einzig beobachteter Fall von Fehlen des Wurmfortsatzes beschrieben. Der Befund wurde bei der Sektion eines $1^1/_4$ Jahre alten Mädchens erhoben, das an Tuberkulose zugrunde gegangen war. An der Hand der anatomischen und vergleichend anatomischen Untersuchungen über den Blinddarm, die in dem Artikel des näheren besprochen werden, wird der Fall als Atavismus gedeutet. Schridde (Marburg).

Blomfield, Similar congenital deformities in members of the same family. (Brit. med. Journ. 1904. S. 847.) Bei dem ersten Kinde handelte es sich um eine Atresia ani, die zwar mit Erfolg operiert wurde, indessen starb das Kind nach einem Monat bereits unter Marasmus. Bei dem 2 Jahr später geborenen, im übrigen anscheinend normal entwickelten Kinde fehlte sowohl die Anal- wie Urogenitalöffnung; an Stelle der Genitalien fand sich nur ein Hautlappen. Die Mutter war vollkommen normal entwickelt (von dem Vater ist nichts mitgeteilt). Schreiber (Göttingen).

Hewetson, Congenital goître. (Brit. med. Journ. 1904. S. 657.) Der am Ende des siebenten Monats geborene Knabe starb nach wenigen Minuten, es fand sich bei ihm ein hühnereigroßer, angeborener Kropf, welcher aus zwei Lappen bestand. Der Isthmus fehlte, die beiden Lappen komprimierten den Ösophagus, ließen aber die Trachea sowie die Gefäße und Nerven fast frei. Seinem Bau nach gehörte dieser Kropf zu der vaskulären Form. (Es ist eine genaue mikroskopische Beschreibung mit Abbildungen beigefügt.) Bei der Mutter hatte außerdem ein Hydramnion bestanden, dieselbe hatte ferner während der Gravidität chlorsaures Kali gebraucht. Ob letzteres jedoch irgendwelche Bedeutung für die Pathogenese dieser Mißbildung hat, ist nicht entschieden, allerdings führt Verf. noch andere Fälle von angeborenem Kropf an, wo dasselbe ebenfalls gebraucht war. Erblichkeit ließ sich in diesem Falle nicht nachweisen. Schreiber (Göttingen).

Fothergill, Congenital goître. (Brit. med. Journ. 1904. S. 847.) Im Anschluß an den von Hewetson mitgeteilten Fall von angeborenem Kropf berichtet F. über einen von ihm beobachteten Fall. Dieses Kind wurde zwar lebend geboren, starb aber bereits nach einer Stunde. Die Thyroidea wog 25 g (1,5 normal). Mikroskopisch erwies sie sich nicht so gefäßreich wie in H.s Fall, im ganzen zeigte sie etwa das Entwickelungsstadium wie bei einem Fötus im siebenten Monat; die Kolloidsubstanz fehlte. Auch in diesem Fall hatte die Mutter ebenso wie in einem von Macdonald beobachteten Falle Chlorkalium während der Gravidität genommen.

Schreiber (Göttingen).

O. Lubarsch, Über Knochenbildung in Lymphknoten und Gaumenmandeln.

A. Ruckert, Über Knochen- und Knorpelbefunde in den Tonsillen. (Virchows Archiv. Band 177. Heft 3.) Während L. an seinem reichen Materiale (862 Leichen) nachweisen konnte, daß in fast allen Fällen das Auftreten von Knochenbildungen in Lymphknoten

im Anschluß an verkalkende Tuberkulose, und zwar durch Metaplasie aus Narbengewebe entsteht, stellt sich R., gestützt auf seine Untersuchungen an 24 Neugeborenen resp. älteren Kindern auf den Standpunkt, daß der Knochen in den Tonsillen (Verf. untersucht nur diese) nicht auf Metaplasie zurückzuführen sei, sondern sich aus Rudimenten des zweiten Schlundknorpels entwickele. Schridde (Marburg).

Johann Fein, Die Verklebungen im Bereich des embryonalen Kehlkopfs. (Fränkels Archiv f. Laryngologie. Band 15.) Verf. beantwortet auf Grund von Untersuchungen, die als Nachprüfung der von Vallins über denselben Gegenstand angestellten Forschungen zu betrachten sind, die Frage: In welchem Stadium beginnt die Epithelverklebung der Kehlkoptlichtung und wann hört sie wieder auf? Welche Ausdehnung hat sie in den einzelnen Stadien? Wie kommt sie zustande? In bezug auf die erste Frage kommt er zu demselben Ergebnis, wie Vallins, daß nämlich die Verklebung in der vierten Woche vor sich zu gehen beginnt, und daß die Lösung in der 10. bis 11. Woche vor sieh geht. Was die Ausdehnung der Verklebung in den einzelnen Stadien anbelangt, so differieren die Ergebnisse von F. in etwas mit denen von Vallius. Für das Zustandekommen der Verklebungen hat Verf. die Ansicht, daß dies, wie es auch für das Darmrohr ausgesprochen ist, eine Folge davon ist, daß ein ungleichmäßiges Wachstum der Lichtung des mesodermalen Rohres im Verhältnis zum Wachstum des Epithelialüberzuges stattfindet. Finder.

Ernst Schwalbe, Der Epignathus und seine Genese. (Zieglers Beiträge. Band 36. Heft 2.) Die Arbeit gibt die Beschreibung zweier Präparate.

1. Fall. Männliches Kind von 29 cm Länge. Aus der Mundhöhle ragte ein Tumor heraus, der die Maße 7 : 8 : 8 cm hatte. Auf dem Durchschnitte sah man zahlreiche kleine Zysten. Der Ursprung des Tumors war an der Schädelbasis. Gegen die Gehirnhöhle hin war die Geschwulst vollkommen abgeschlossen und zeigte auch mit der Hypophysis nicht den geringsten Zusammenhang. Mikroskopisch fanden sich Bestandteile aller drei Keimblätter.

2. Fall. 32 cm langer Fötus. Aus dem Munde ragte eine walnußgroße Geschwulst heraus, die mit behaarter Haut bedeckt war. Der Tumor inserierte mit häutigem Stiele breit in der hinteren Gaumengegend.

Sch. teilt die Epignathi in vier Gruppen:

I. An dem Gaumen oder in der Nachbarschaft des Gaumens in der Mundhöhle eines Fötus ist der Nabelstrang eines zweiten Fötus befestigt. Dieser zweite Fötus kann mehr oder weniger ausgebildet sein.

II. Aus der Mundhöhle eines Fötus hängen Körperteile eines zweiten Fötus, die sich ohne weiteres als ausgebildete Organe bezw. Körperteile (untere Extremitäten, Geschlechtsteile etc.) erkennen lassen.

III. Aus der Mundhöhle ragt eine unförmliche Masse, an der keine organähnlichen Teile zu erkennen sind. Die Untersuchung ergibt den Bau eines Teratoms.

IV. Ein größerer oder kleinerer Tumor befindet sich am Gaumen

oder in der Mundhöhle. Die Untersuchung zeigt eine mehrgewebige Zusammensetzung, den Typus der Mischgeschwülste.

Schridde (Marburg).

H. Singer (Miskolez), Xiphopagus-Duplicitas parallela. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. Nr. 27.) S. berichtet von einem mehrere Wochen alten zusammengewachsenen Zwillingspaar. Es sind zwei vollkommen ausgebildete Individuen, mit dem Gesicht einander zugekehrt und in der Gegend der Schwertfortsätze durch eine 2 cm lange und 15 cm im Umfange betragende Brücke miteinander verwachsen, die aus einen deutlich fühlbaren Knochenbalken, welcher die beiden Proc. xiphoidei brückenförmig miteinander verbindet, und aus den darüber liegenden Weichteilen besteht. An der unteren Fläche der Brücke, genau in der Mitte, befindet sich eine wunde Stelle, das Residuum der dort adhärent gewesenen einfachen Nabelschnur. Die Bauchhöhlen beider Kinder kommunizieren frei miteinander, durch den Kanal der Verbindungsbrücke wandern offenbar Darmstücke aus der Bauchhöhle des einen Kindes in die Bauchhöhle des andern hinüber. Behufs event. Operation war es natürlich höchst wichtig zu erfahren, ob auch beide Darmsysteme miteinander kommunizierten oder jedes Kind ein selbständiges Darmsystem habe. Letzteres ist der Fall, wie wiederholte Experimente mit Wismut zeigten: gab man dem einen Kinde Wismut, so bekam es charakteristisch gefärbte Stühle, die beim andern Kinde nicht vorhanden waren, und umgekehrt. Die operative Trennung der Zwillinge ist also möglich. S. will damit aber warten, bis sich der Kräftezustand der Kinder gehoben hat, der noch sehr darniederliegt.[1]

Grätzer.

E. Kirmisson (Paris), Adénome diverticulaire de l'ombilie. (Revue d'orthopédie. Janvier 1904.) Es handelte sich um einen dreijährigen Knaben, bei welchem man seit dem Alter von drei Wochen eine kleine Geschwulst des Nabels bemerkt hatte. Dieselbe war kirschengroß, lebhaft rot, von glatter, schleimhautähnlicher Oberfläche, dreilappig, mit der Nabelnarbe verwachsen und blutete leicht. Die Geschwulst wurde ohne Schwierigkeiten exzidiert, und zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung, daß es sich um einen Anhang des Dünndarmes, also um ein Überbleibsel des Diverticulum Meckelli gehandelt hatte. Man fand einen bindegewebigen, muskulösen Kern, um welchen Schleimhaut vom Typus der Dünndarmschleimhaut gelegt war, Lieberkühnsche Drüsen, Zylinder- und Becherzellen, sowie auch zahlreiche Gefäße.

E. Toff (Braila).

---

[1]) In einem Nachtrage (Deutsche med. Wochenschrift 1904, No. 33) teilt S. den Tod beider Kinder mit, welche hoch fieberhaft erkrankten und nach wenigen Tagen starben. Die Sektion zeigte, daß das eine Kind an Pneumonie gestorben war, bei dem anderen war die Todesursache anatomisch nicht nachzuweisen. Die Sektion zeigte ferner, daß das, was S. in betreff der Verbindungsbrücke und des Darmes vermutet hatte, sich in Wirklichkeit so verhielt. Sämtliche Organe in den Bauchhöhlen verhielten sich normal. Überraschend kam ein Befund: Die beiden rechten Leberlappen der Kinder waren mittels eines federkieldicken, 2 cm langen, ligamentösen Stranges miteinander verwachsen, der zum größten Teile aus Bindegewebe, zum kleinsten Teile aus Leberparenchym bestand. Bei einer eventuellen Operation hätte dieser Strang natürlich keinerlei Schwierigkeiten bereitet.

Hendel (Königsberg), Ein Fall von Meckelschem Divertikel ungewöhnlicher Art. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Band 42. Heft 2.) Nach einer kurzen Auseinandersetzung über die Häufigkeit der Meckelschen (angeborenen) Divertikel (2 % aller Sektionen) und über das Vorkommen der sogenannten falschen (erworbenen) Divertikel beschreibt Verf. einen Fall von Tumor im Leistenkanal, der zu einer Knickung des Darms mit teilweisem Verschluß desselben geführt hatte. Auf Grund des mikroskopischen Befundes sowie des Sitzes des Tumors und des Verhaltens seines Stieles zur Darmwand kommt H. zu dem Schlusse, daß es sich hier um ein echtes Meckelsches Divertikel handele. Vulpius (Heidelberg).

Hagen (Nürnberg), Ein Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Geschwülste der Kreuzsteißbeingegend. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Band 42. Heft 3.) Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung eines Sakraltumors, welcher Einzelbestandteile des Verdauungstraktus, aber ohne geordnete Lokalisation, enthielt, kommt H. zu dem Schlusse, daß derartige Bildungen als durch doppelte Keimanlage oder durch Abstoßung von Teilen im Stadium der Einfurchung entstanden anzusehen sind. Vulpius (Heidelberg).

Alberto Muggia, Ein Fall von Achondroplasie. (La Pediatria. III. 1904.) Das 12jährige Mädchen, um das es sich hier handelt, ist von einer Mutter geboren, die drei Tage post partem an Eklampsie starb und während der Schwangerschaft an Nephritis litt. Aus den in tabellarischer Form mitgeteilten Maßen ergibt sich, daß ein typischer Fall von Achondroplasie vorliegt. Verf. ist der Meinung, man könne das Zustandekommen der Chondrodystrophie hier dadurch erklären, daß von der nephritischen Mutter aus durch die Placenta hindurch eine Intoxikation der Frucht erfolgt sei. F.

Richard Hadlich, Eine vierfingrige rechte Hand als kongenitale Mißbildung. (Virchows Archiv. Band 174. Heft 2.) Die Mißbildung wurde bei einem $6^1/_2$jährigen Knaben beobachtet. Weder bei den Eltern noch in der Verwandtschaft waren irgendwelche Mißbildungen nachzuweisen. Gleich nach der Geburt des Knaben bemerkte man, daß an der rechten Hand der fünfte Finger fehlte. Statt dessen fand sich am vierten Finger an der ulnaren Seite des ersten Interphalangealgelenkes ein kleines, mit einem Nagel versehenes Anhängsel. Knochen soll in ihm nicht sich befunden haben. Es wurde gleich in den ersten Tagen vom Arzte abgebunden. Die Röntgendurchleuchtung ergab bei dem sechsjährigen Knaben, daß fünfter Metakarpus und Finger und außer Pisiforme, welches sich erst vom 12. Lebensjahre ab verknöchert, auch Lunatum (Verknöcherung im fünften Jahr) und Naviculare (Verknöcherung im 6.—8. Jahr) völlig fehlen. Verf. hält die Mißbildung bedingt durch eine amniotische Verklebung im ulnaren Teile der Hand und dadurch behindertes Breitenwachstum derselben. Schridde (Erlangen).

Hugo Unterberg, Operativ entfernte mangelhaft entwickelte obere Extremität. (Budapesti orvosi ujság. Nr. 35. 1904.)

U. entfernte ein dreigliedriges Gebilde, das in der Mitte des Rückens angeboren konstatiert wurde, bei einem ein Jahr alten Kinde.

Ernö Deutsch (Budapest).

B. Hilbert (Sensburg), Vererbung einer sechsfachen Mißbildung an allen vier Extremitäten durch drei Generationen. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. Nr. 39.) Das sonst durchaus wohlgebildete Kind zeigte folgende Mißbildungen:

An beiden Händen sind Zeige- und Mittelfinger in ihrer ganzen Ausdehnung an ihren Berührungsflächen miteinander verwachsen, desgleichen auch die Nägel dieser Finger, doch befindet sich in der Mitte des gemeinschaftlichen Nagels eine in der Längsrichtung verlaufende Furche als Andeutung der Verwachsungslinie. Durch Betastung ist es leicht, festzustellen, daß in diesen Doppelfingern je zwei Knochen, bestehend aus den drei Phalangen und ihren Gelenken, vorhanden sind, daß mithin nur eine Verwachsung der Weichteile besteht. Der rechte wie der linke Fuß zeigen ebenfalls Verwachsungen zwischen Mittel- und vierter Zehe, wobei sich Nägel und Knochen genau in derselben Weise verhalten, wie es oben an den verwachsenen Fingern beschrieben ist. Außerdem aber weist jeder Fuß noch je einen überzähligen Hallux auf; diese überzähligen Glieder haben dieselbe Größe wie die normalen und es artikulieren beide mit dem oberen Ende des Metatarsus hallucis, und zwar so, daß die beiden Halluzes parallel miteinander und mit den anderen Zehen in der Richtung nach vorn verlaufen, also nicht einen Winkel miteinander bilden, wie dieses sonst gewöhnlich der Fall zu sein pflegt.

Das Merkwürdige ist, daß Vater und Großvater des Kindes genau dieselben Mißbildungen aufweisen. Die Schwestern des Vaters und Großvaters weisen dieselben nicht auf, sie haben sich also nur auf männliche Glieder der Familie fortgeerbt.

Grätzer.

Cécile Dylion (Melle), Traitement du pied bot congénital varus équin par le redressement manuel. (Archives de méd. des enf. No. 10. 1904.) Gestützt auf die mit selbstbehandelten Fällen gemachten Erfahrungen spricht D. die Ansicht aus, daß die chirurgischen Eingriffe in der überwiegenden Zahl der Fälle zwecklos sind, da man mit der unblutigen, manuellen Behandlung ebensoviel oder auch mehr leisten kann als mit ersterer. Durch methodische Manipulationen ist man imstande, den Klumpfuß vollständig zu redressieren, und wenn in manchen Fällen nicht gute Resultate erzielt werden, so ist daran nicht die Methode, sondern die schlechte Anwendung derselben, oder der Umstand, daß dieselbe nicht genügend lange Zeit in Anwendung gebracht wurde, schuld. Man kann durch die manuelle Redressierung dem Fuße nicht die normale Funktion, sondern auch die normale Form wiedergeben. Dieses Resultat einmal erreicht, muß die Behandlung noch einige Zeit fortgesetzt werden, um Rezidiven vorzubeugen. Je länger die Mißgestaltung besteht, um so schwerer ist die Redressierung, daher soll die Behandlung so bald als möglich nach der Geburt begonnen werden. Von den zehn Fällen, deren Krankengeschichte die Verfasserin gibt, ergaben fünf vollständige Heilung, in einem Falle war die Tenotomie notwendig und in fünf Fällen wurden nur Besserungen erzielt, da die Behandlung in einem viel zu vorgeschrittenen Alter begonnen wurde, oder nicht genügend lange fortgesetzt werden konnte.

E. Toff (Braila).

E. Riese (Fray-Bentos), Behandlung der Schenkelbrüche Neugeborener durch permanente Extension. (Deutsche med.

Wochenschrift. 1904. Nr. 42.) R. hat bei während der Geburt entstandenen Oberschenkelbrüchen statt der Credéschen Methode, die manche Nachteile hat, folgendes Verfahren eingeschlagen:

Ein zweiquerfingerbreiter Heftpflasterstreifen wird an der Außenseite des Schenkels, über der Frakturstelle anfangend, bis dicht hinter dem Capitulum fibulae vorbei hinabgeführt. Nun wird der Fuß so weit am Thorax emporgezogen, daß das Knie einen sehr stumpfen Winkel bildet, und der Heftpflasterstreifen, indem er in seiner Längsrichtung extendiert wird, dort, wo er die Außenseite des Unterschenkels tangiert, auch an diesen einfach durch den Druck der warmen Hand bis zum Fußrand befestigt. Man kann dabei leicht den Malleolus externus vermeiden, indem man den Fuß so hält, daß jener dicht hinter dem extendierten Pflasterstreifen zu liegen kommt. Indem man zwischen Sohle und Heftpflasterstreifen einen Zwischenraum läßt, so daß der Streifen eine Schlaufe bildet, führt man diesen nun an der Innenseite von Unter- und Oberschenkel in derselben Weise (Malleolus und Condylus internus umgehend) zurück zur Innenseite des oberen Bruchendes. Die elastische Extension wird bewirkt durch ein dehnbares Band, das man durch die Schlaufe des Heftpflasterstreifens zieht und am Körper des Kindes so befestigt, daß die permanente Extension in der verlängerten Achse des gebrochenen Knochens ausgeübt wird.

Die Extension wird also hier mit der Flexion im Hüftgelenk kombiniert, was wichtig zur Ausgleichung der Dislocatio ad axim ist, außerdem wird das Kind durch den Verband nicht geniert, letzterer wird nicht beschmutzt, Nabelpflege, Baden, Defäkation etc. durch ihn absolut nicht behindert. Grätzer.

Morgan, A note on some radiographs illustrating congenital dislocation of the hip. (Brit. med. Journ. 1904. S. 842.) M. weist auf die Bedeutung der Radiographie für das Studium, bezw. Behandlung der kongenitalen Luxation des Hüftgelenks hin und bringt Radiographien von Fällen vor während und nach der Reduktion des Hüftgelenks nach Lorenz. Schreiber (Göttingen).

O. Vulpius, Neurologie und Orthopädie. (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 30.) „Es lag nicht in unserer Absicht, auf technische Detailfragen, auf seltenere und darum praktisch unwichtigere Krankheitsbilder näher einzugehen, noch auch ausschließlich Neues beizubringen. Der hauptsächliche Zweck dieses Berichtes ist es vielmehr, die Aufmerksamkeit weiterer ärztlicher Kreise auf das Grenzgebiet zwischen Neurologie und Orthopädie hinzulenken, sie mit dessen Umfang und Bedeutung und mit den Erfolgen, welche auf demselben durch orthopädische Behandlung zu erreichen sind, bekannt zu machen unter Zugrundelegung der Anschauungen und Methoden, welche heute die Orthopädie beherrschen, und zugleich unter Verwertung persönlicher Eindrücke und Erfahrungen auf diesem Gebiete, das heute schon vielleicht das dankbarste und interessanteste für den Orthopäden ist und weiterer segensreicher Entwicklung zugänglich zu sein verspricht.“ So resumiert V. selbst am Schluß seiner präzis und klar geschriebenen Arbeit den Inhalt derselben. Grätzer.

O. Vulpius, Über die Behandlung der spinalen Kinderlähmnng. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1904. No. 17.) V. zeigt in kurzen Zügen, ein wie dankbares Gebiet die spinale Kinderlähmung für den Orthopäden darstellt, und wie derselbe bei den einzelnen Phasen derselben heutzutage vorzugehen hat, um den Zustand zu bessern bezw. zu heilen. Grätzer.

J. Hevesi, Radikale Heilung des rachitischen und statischen Plattfußes mittels Sehnenplastik. (Aus der chirurg. Klinik der Universität in Kolozsvár.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 45.) H. reproduziert einen Vortrag, den er am 9. September 1903 bei der 32. Wanderversammlung der ungarischen Ärzte und Naturforscher gehalten hat, und in welchem er seine Methode und die mit ihr erzielten Resultate näher beleuchtet. Grätzer.

Kisch (Prag), Über das Genu recurvatum osteomyeliticum. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 41. Heft 2.) K. berichtet über zwei Fälle von Genu recurvatum nach Osteomyelitis. In beiden Fällen war das Gelenk vereitert und bildete sich die Deformität binnen kurzem aus. Im ersten Fall war die Verbiegung hauptsächlich durch Abknickung in der Epiphysenlinie der Tibia zustande gekommen. Die Behandlung bestand in unblutigem Redressement, doch war der Ausgang infolge stärkerer Blutung und Fettembolie aus dem sehr fettreichen Knochenmark und den lipomatös degenerierten Muskeln ein letaler. Im zweiten Falle, wo die Knickung mehr im Bereich der Femurepiphyse war, führte eine keilförmige Osteotomie zu befriedigendem Resultat. Verf. erwähnt außerdem noch zwei ähnliche Fälle aus der Literatur. Vulpius (Heidelberg).

J. L. Beyer (Dresden), Über die Behandlung von Deformitäten mit Hilfe elastischer Heftpflasterzugverbände. (Therap. Monatshefte. Oktober 1904.) B. benutzt die Pflaster der chem. Fabrik von Helfenberg, welche Durchnässungen aushalten, was bei kleinen Patienten wichtig ist. Am brauchbarsten erwies sich das Collemplastrum adhaesivum „mite“, auf Cretonne gestrichen, das ausreichend haltbar und widerstandsfähig ist, auch die Haut nicht reizt. Bei besonders zarter Haut oder schon bestehenden leichten Ekzemen wurde allerdings vorsichtshalber das Collemplastrum Zinki genommen.

Zur Ausübung des elastischen Zuges bedient man sich eines 3—4 cm breiten Gummibandes, und zwar des besten mit Seide übersponnenen Paragummis. Je nach dem Zuge, der ausgeübt werden soll, läßt man 2 oder 3 Stücke des Gummibandes übereinandernähen. Die Vereinigung mit dem Heftpflaster geschieht am besten nicht durch direktes Vernähen. Es ist zweckmäßiger, an den Heftpflasterstücken eine kräftige Schlinge (Ring) aus Stahldraht anzunähen und an den Enden des Gummibandes an entsprechenden Stellen ein Heftel (Haken) zu befestigen. Den elastischen Zug hängt B. erst dann ein, wenn das Heftpflaster genügend festklebt. Anfangs ist es namentlich bei sehr starker Spannung ratsam, den Zug durch Aushängen des Gummibandes stundenweise zu entfernen. Die Heftpflasterstücke nimmt B. möglichst groß, um ausgedehnte Haftflächen zu gewinnen, z. B. bei

Genu valgum so groß, daß die Innenseite des Oberschenkels und Unterschenkels so ziemlich bedeckt wird und nur die Kniegelenksgegend frei bleibt, welche von dem angespannten Gummizug überbrückt wird. Beim Anlegen des Verbandes ist auch die Nachgiebigkeit der Haut in Berechnung zu ziehen, die namentlich bei Kindern ziemlich bedeutend ist. Man wird meist einen brauchbaren Zug erhalten, wenn man den Abstand der beiden am Heftpflaster befestigten Schlingen doppelt so groß macht, als die Länge des Gummibandes im nicht gedehnten Zustande beträgt. Bei dauernder Wirkung ist selbst ein schwacher elastischer Zug von großem Einfluß; selbst Knochen werden umgeformt. Besonders nutzbringend war der Verband in folgenden Fällen:

a) bei Genu valgum. Es kommen vorwiegend die Fälle in Betracht, bei denen sich noch nicht hochgradige Knochenverbiegungen herausgebildet haben, sondern die Anfangsstadien, in denen oft eine große Schlaffheit der Gelenkbänder besteht zugleich mit der Neigung des Unterschenkels, sich im Winkel nach außen zu stellen. Bei dem geschilderten Verbande ist die Bewegung der Muskeln und Gelenke in keiner Weise eingeschränkt, womit ein für die Kräftigung und Entwicklung des Bewegungsapparates wichtiger Faktor zur Geltung kommt, auf den man bei andersartiger Behandlung verzichten muß.

b) bei Genu varum, wo die Bedingungen analog sind.

c) bei Pes valgus wird der eine Heftpflasterstreifen um den Fuß geschlungen, der andere an der Innenseite des Unterschenkels befestigt.

d) bei Pes varo-equinus sind die Verbände deshalb so brauchbar, weil man schon in den ersten Tagen nach der Geburt damit beginnen kann, ohne das Gesamtbefinden des Kindes zu beeinflussen (auch gebadet kann werden). Der Erfolg ist aber um diese Zeit ein besonders weitgehender, weil die Verknöcherung der Fußwurzel noch wenig vorgeschritten ist und die knorpligen Teile schon einem mäßigen Zuge nachgeben. Der eine Heftpflasterstreifen ist an der Außenseite des Unterschenkels anzubringen, der andere umfaßt zirkulär die Metatarsalgegend des Fußes und wird unter der Sohle hinweg nach dem äußeren Fußrand geleitet. Grätzer.

Adolf Roth, Neueste Therapie der Rückgratverkrümmungen. (Gyógyászat. 1904. No. 28.) R. extendiert mit Wallsteins Apparat und legt statt eines Gipsverbandes Korsette eigener Konstruktion, die die erreichte Detorsion und Extension stabilisieren, an. Die überraschend schönen Erfolge demonstriert Verf. mit recht gelungenen photographischen Aufnahmen. Ernö Deutsch (Budapest).

K. A. Hasselbalch (Däne), Respirationsversuche an neugeborenen Kindern. (Bibliotek for Läger. 1904. April.) Die Respirationsversuche von Scherer und Babak (Jahrb. f. Kinderheilk. 1896) ergaben das überraschende Resultat, daß nicht allein neugeborene, sondern auch mehrere Wochen alte Kinder ungewöhnlich niedrige Respirationsquotienten haben. Dieses Resultat, welches den Untersuchungen des Verf.s zufolge ganz unrichtig ist, muß nach der Meinung des Verf.s seine Ursache in einem systematischen Fehler haben, und

der Verf. glaubt, daß dieser Fehler davon abhängt, daß der verbrauchte Sauerstoff von einer Sauerstoffbombe herrührt, deren Inhalt nie analysiert wurde und wahrscheinlich nicht, wie Scherer und Babak annahmen, nur 4% N_2 enthält, sondern bedeutend mehr. Die Resultate seiner eigenen Versuche, die nach einer detailliert beschriebenen, einwandsfreien Methode ausgeführt wurden, faßt er folgendermaßen zusammen: 1. Das wohlgenährte ausgetragene Kind kommt auf die Welt mit einer Niederlage von Kohlehydraten (Glykogen) in seinen Organen (der Leber), welche im Verlaufe einiger Stunden verbraucht wird. 2. Auch der Stoffwechsel des weniger wohlgenährten und nicht ausgetragenen Kindes beruht in den ersten Stunden hauptsächlich auf einer Kohlehydrateverbrennung. 3. Man hat Grund anzunehmen, daß der Stoffwechsel des normal ernährten Menschfötus durch ausschließliche Kohlenhydrateverbrennung stattfindet. 4. Während der Ernährung mit Muttermilch geht der respiratorische Stoffwechsel des Kindes bei einem gemischten Quotient vor, der doch mit den Mahlzeiten in solcher Weise schwankt, daß man annehmen muß, daß der Milchzucker der Stoff ist, welcher am schnellsten, ca. 1 1/2 Stunde nach der Mahlzeit, verbrannt wird; dieses wird experimentell bestätigt. 5. Die Größe des Stoffwechsels des Säuglings hängt in höchstem Grade von den Muskelkontraktionen ab. Bei 32° und bei der möglichst kleinen Arbeit ist der Stoffwechsel pro Kilo kaum größer als der des erwachsenen Menschen in vollständiger Ruhe. 6) Die verhältnismäßig leichte Verdaulichkeit der Kohlehydrate redet für eine ausgiebige Anwendung derselben in Fällen, in welchen die Verdauung der übrigen Bestandteile der Muttermilch herabgesetzt ist.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

H. Adsersen (Däne), Mitteilungen über das Gewicht und die Länge neugeborener Kinder. (Fragment VI.) (Bibliotek for Läger. 1904. April.) In dieser Abhandlung werden Gewichts- und Längenkurven von ausgetragenen Kindern in den Entbindungsanstalten zu Bern und Leipzig mitgeteilt, welche nach der Meinung des Verf.s die aus seiner früheren Untersuchung gezogenen Schlüsse bestätigen. (S. dieses Centralblatt. 1903. S. 230.)

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Prickett, After-history of an infant weighing two pounds five ounces at birth. (Brit. med. Journ. 1904. S. 665.) P. berichtet über die Entwicklung eines Mitte des siebenten Monats geborenen Mädchens, das bei der Geburt 1141 g wog und nach Ablauf eines Jahres 6113 g. Während der ersten 3 Monate wurde das Kind in einem Brutapparat gehalten, im fünften Monat kam es zum ersten Mal an die Luft. Die Ernährung bestand im ersten halben Jahr in unsterilisierter Milch (nach Walker-Gordon) unter Zusatz von etwas Sahne und Milchzucker. Später bekam es Kindermehl und rohen Fleischsaft.

Schreiber (Göttingen).

E. Deutsch, Bericht über die 2jährige Tätigkeit der Budapester Gratismilchanstalt. (1902 1. VII. — 1904 1. VII.) (Orvosi hetilap. 1904. No. 45.) Die Gratismilchanstalt besteht seit 15. XI. 1901, die unter Deutschs ärztlicher Leitung stehende Ordi-

nationsanstalt seit 1. VII. 1902. Es wurden 2806 Kinder in der Ordination vorgeführt, — 2270 Säuglinge, 636 ältere Kinder; 2146 waren krank, 660 gesund, 1423 Knaben, 1383 Mädchen; bei 706 Säuglingen wurde durch Unterstützung der Mutter die Ernährung durch die Mutterbrust gesichert, bei 305 wurde „allaitement mixte“ durchgeführt, 700 erhielten künstliche Nahrung, entwöhnt wurden 349; 136 Kinder sind gestorben. Erkrankungen der Neugeborenen 11; akute Exantheme 8 (+ 1); akute Infektionskrankheiten ohne Exantheme 37 (+ 8); chronisch verlaufende Infektionskrankheiten 106 (+ 12); Allgemeinerkrankungen 447 (+ 7); Nervenkrankheiten 41 (+ 2); Erkrankungen der Atmungsorgane 458 (+ 36); Vitia cordis 5 (+ 1); Magendarmerkrankungen 737 (+ 69); Krankheiten des Urogenitalsystems 22; Krankheiten der Sinnesorgane 75 (+ 1); Hauterkrankungen 151; chirurgische Erkrankungen 51. Am Ende der Arbeit werden 193 in der Anstalt erprobte Nähr- und Arzneimittel besprochen. Bei jeder einzelnen Krankheitsgruppe, bei Besprechung der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung und des „allaitement mixte“ trägt Verf. in großen Zügen seine therapeutischen und hygienischen Ansichten vor. Einiges davon möge hervorgehoben werden. Er bricht den Stab zugunsten der Galactagoga (Somatose, Hygiama, Laktagol), deren Einfluß er nicht für suggestiv hält. Die Wichtigkeit des „allaitement mixte“ bei Arbeiterfrauen und Hypogalaktie hebt er besonders hervor. Bei der künstlichen Ernährung bespricht er die Vorzüge des Székelyschen Verfahrens (Dekaseinierung mit CO_2), hebt Kufekes und Theinhardts Präparate hervor. Besonders warm bespricht er die Aristochintherapie der Pertussis, die Lecithintherapie (Richter, Riedel) der Rachitis, die Anwendung des Bromipins und Jodipins, die Vorzüge der Dermosapoleinreibungen bei Skrofulose und Tuberkulose, die Kreosotalbehandlung der pulmonalen Erkrankungen, schildert die Reinheit und Verläßlichkeit der Golazschen Dialysate, — gibt hiermit ein übersichtliches Bild der modernen Kinderhygiene und Therapie in kritischer Beleuchtung. Autoreferat Ernst Deutsch (Budapest).

M. Szalárdi, Das Findelhauswesen in einigen Staaten Europas. (Archiv f. Kinderheilkunde. Band 39. Heft 4—6.) Gradmesser für die Zweckmäßigkeit des Findelhauses ist die dort herrschende Mortalität, denn in erster Reihe ist es Aufgabe des Findelhauses, die aufgenommenen Kinder in je größerer Zahl am Leben zu erhalten. Im besten und reichsten Findelhause Europas, in dem Pariser, ist die Mortalität in der Anstalt 1,5 %. Im Institute für luetische und schwache Kinder 38 %. Die Mortalität der in äußere Pflege gegebenen Säuglinge 18 %. Die Mortalitätsverhältnisse in den übrigen Staaten sind weniger günstige. In den Findelhäusern Österreichs 32 %, Italiens 36 %, Rußlands 50 %. Im Budapester staatlichen Kinderasyl ist die Sterblichkeit im Institut 3 %, in der Außenpflege 14 %. Die Findelhäuser nehmen beinahe ausschließlich uneheliche Kinder auf. Nur Frankreich und Ungarn nehmen jedes bedürftige Kind auf. In Frankreich wurden außerordentlich viel Kinder unterstützt, deren Mütter die Kinder selbst erziehen. Im Jahre 1900 belief sich die Summe der Unterstützungen für 18318 Kinder auf 1178954 Francs.

Die Staaten, die keine Findelhäuser haben (d. i. Institutionen zum Schutze unehelicher Kinder), suchen durch allerlei Expedientien der immer mehr wachsenden Not der unehelichen Kinder zu steuern. Es werden verschiedene Wohltätigkeitsinstitute, Säuglingsheime, Asyle etc. gegründet. Es werden auch Gesetze geschaffen, Verordnungen erlassen zum Schutze der in Pflege gegebenen Kinder. Aber vergebens. Nur staatliche Einrichtungen (Findelhäuser) können verhindern, daß ein großer Teil dieser unehelichen Kinder zugrunde geht. Nur durch staatliche Einrichtungen kann verhindert werden, daß ganze Bevölkerungsschichten sich dem Gewerbe der Engelmacherei hingeben. Die geschlossene Pflege (Waisenhäuser) ist wohl noch sehr verbreitet, aber täglich wird es klarer, daß diese dem Ziele nicht entsprechen. Es ist für arme Kinder nicht zweckmäßig, in geschlossenen Anstalten erzogen zu werden, wo sie nichts von den Sorgen des Lebens erfahren, und aus dem Institute entlassen, zum Kampfe für das Leben in der Regel unfähig sind. Institute gehören für Kinder, die für Privatpflege untauglich sind, für Krüppel, Blinde, schwachsinnige Kinder.

Hecker.

H. Neumann, Die Berliner Säuglingssterblichkeit. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. Nr. 47.) N. weist auf die Ausdehnung der Berliner Säuglingssterblichkeit hin und auf die Mittel, welche zur Herabminderung derselben führen können. Den stärksten Einfluß kann die staatliche Fürsorge ausüben: Einfluß auf die gewerbliche Frauenarbeit, Wöchnerinnenschutz, Hebammenunterweisung, Marktpolizei. Weiterhin kann die Gemeinde Erhebliches, allerdings in Beschränkung auf gewisse Kreise, leisten: Gewährung billiger Kindermilch, Überwachung der Ernährung. Am wenigsten kann private Fürsorge leisten; daß ihre Bemühung trotzdem dankbar anzuerkennen ist, ist selbstverständlich.

Grätzer.

L. Wachenheim, Die Prophylaxe der Kinderkrankheiten in der Stadt New-York. (Monatsschrift f. Kinderhlkd. September 1904.) W. schildert die öffentlichen und privaten Maßnahmen, welche in New-York behufs Prophylaxe der Kinderkrankheiten getroffen sind. Es sind im allgemeinen recht befriedigende Maßnahmen, und die Resultate sind nicht ausgeblieben.

Grätzer.

Ernö Deutsch, Heim für rekonvaleszente Kinder. (Köregésoségügyikalauz. 1904. Nr. 16.) Verf. teilt die Meinung Burdetts „These (die Rekonvaleszentenheime) are, next to hospitals, the most valuable of all charitable institutions“. Ungarn besitzt kein Kinderrekonvaleszentenheim. D. proponiert, man möge solche in der Stadt und in Kurorten einrichten. Rekonvaleszente Kinder, die in erträglichen Wohnungen untergebracht sind, mögen durch die Gratismilchanstalt (wie es schon durch Verf. eingeführt ist), Krankenküchenunternehmung gewartet werden. Im Sommer möge die Ferienkolonie einen Teil dieser Aufgabe übernehmen. D. hat diese Prinzipien in kleinem Maßstabe im Budapester Fochsschen Waisenhaus und in der Gratismilchanstalt durchgeführt.

Autoreferat E. Deutsch (Budapest).

Ernö Deutsch, Die Versorgung geistig zurückgebliebener und geisteskranker Kinder. (Gyermek védelem. 1904. Nr. 4.) Verf. plädiert für separate Klassen zum Unterricht geistig zurückgebliebener Kinder, wodurch sie brauchbare Menschen werden und der Psychose eventuell entrissen werden können. Eingehend wird auch der pädagogisch-ärztlichen Versorgung solcher nervenkranker Kinder gedacht, die leicht einer Geistesumnachtung verfallen können.

Autoreferat E. Deutsch (Budapest).

P. Näcke, Spezialanstalten für geistig Minderwertige. (Psych.-neurol. Woch. 1904. Nr. 9 u. 10.) Verf. plädiert für Errichtung von Spezialanstalten für geistig Minderwertige. Unter letzteren macht er eine Trennung zwischen 1. Aktiven, Lasterhaften, Gefährlichen und 2. mehr Passiven, Harmlosen. Für die Unterbringung empfiehlt sich am meisten das Pavillonsystem und als billigerer Modus das Blocksystem (Blocks von 60—100 Personen im einfachsten Kasernenstil, aber mit der Möglichkeit einer Trennung der Kranken). Die Gefährlichen müßten in eine besondere Abteilung mit festerem Gewahrsam oder besser in einen Pavillon apart, event. auch in die Adnexe der Strafanstalten kommen. Für die Harmlosen kämen noch koloniale Verpflegung oder Arbeiterkolonien in Frage.

Auf jeden Fall müßte die Spezialanstalt für geistig Minderwertige unter einem Psychiater als Leiter stehen, nicht etwa unter einem Geistlichen oder Verwaltungsbeamten. Zweitens müßte in einer solchen Anstalt eine straffere Zucht als in der Irrenanstalt herrschen, besonders bei der Gruppe der Gefährlichen.

Der Bau und die Unterhaltungskosten dieser Spezialanstalten hätten dem Staate obzuliegen. Will oder kann derselbe aber nur für die schlimmen Minderwertigen sorgen, so muß die Selbstverwaltung die Sorge für die mehr Harmlosen übernehmen.

So lange es aber noch keine Spezialanstalten für Minderwertige gibt, sind die gefährlichen, verbrecherischen Individuen am besten in einem Adnex für irre Verbrecher unterzubringen, die wohlhabenden harmlosen Personen in gewissen Anstalten oder in einer fremden Familie (Förster, Landwirt, Landgeistlicher), die unbemittelten Harmlosen in Armen-, Besserungs- oder Bezirksanstalten. Kurt Mendel (Berlin).

W. Weygandt, Über Virchows Kretinentheorie. (Neurol. Centr. 1904. Nr. 7—9.) Verf. fand in der Würzburger pathologisch-anatomischen Sammlung zwei von Virchow als Kretinismus bezw. fötale Rachitis beschriebene Präparate, unterzog dieselben einer genauen Nachprüfung und kam zu folgendem Gesamtergebnis:

Die von Virchow vertretene, auch heute noch verbreitete Ansicht, daß der Mittelpunkt der Störung bei Kretinismus in vielen Fällen durch die Tribasilarsynostose bedingt sei, ist unzutreffend; der grundlegende Fall, auf den sich Virchow stützte, das Würzburger Präparat eines sog. „neugeborenen Crétins" hat mit dem Kretinismus, der endemischen athyreoiden Degeneration, nichts zu tun. Es gehört zu der vom Kretinismus grundverschiedenen Krankheitsgruppe der Chondrodystrophia foetalis oder Mikromelie. Kurt Mendel (Berlin).

Bayon, Über das Zentralnervensystem der Kretinen. (Neurol. Centr. 1904. Nr. 8.) Verf. berichtet über folgende beiden Fälle:

I. A. S., geboren in Weyer, Bezirksamt Schweinfurt. Er stand wegen Geistesschwäche unter Kuratel, hatte aber die Schule besucht und konnte seinen Namen schreiben. Er war völlig taub und beinahe blind, starb im Alter von 86 Jahren, 140 cm groß und 50 kg schwer. Die Schilddrüse wog 14 g, besteht bloß aus hyalin entartetem Bindegewebe mit einzelnen Follikelresten, die kein Kolloid enthalten. Das Gehirn wog mit Häuten 1102 g, die rechte Hemisphäre 4 g mehr als die linke. Es fanden sich die hochgradigen Veränderungen des Seniums, was man in Anbetracht des infantilen Zustandes der Kretinen eigentlich nicht erwarten durfte. Diese Veränderungen sind — wie man annehmen muß — die Folgen der Cachexia strumipriva und sind wahrscheinlich infolge der letzteren schon vorzeitig eingetreten.

II. F. St., in Würzburg geboren, hatte nie gehen oder sprechen gelernt, starb 25 Jahre alt, 104 cm groß, 18,2 kg schwer. Das Gehirn wog mit Häuten 1100 g. Kein wägbarer Unterschied zwischen linker und rechter Hirnhemisphäre. Schädel hyperbrachycephal. In der Schilddrüse Blutzysten, an der Haut myxödematöse Veränderungen; im übrigen Zustände, die an infantile Verhältnisse erinnern: zarte, dünne Arterien und Venen, spärliche Riesenpyramidenzellen, Protoplasma der Zellen der Hirnrinde gering; Randgliazone äußerst zart und zierlich. Tangentialfasern, super- und interradiäres Geflecht spärlich; in den Vorderhornzellen Pigment. Es wird also in diesem Falle — im Gegensatz zum ersten — uns der auffallende Infantilismus der Kretinen vor Augen geführt. Kurt Mendel (Berlin).

R. Sommer, Porencephalie und zerebrale Kinderlähmung. Zur psychopathologischen Nomenklatur. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XV. Heft 3.) Unter Porencephalie versteht Verf. dem ursprünglichen Wortsinne und der sprachlichen Ableitung entsprechend einen Zustand des Gehirns, welcher durch einen lochförmigen Defekt der Hirnsubstanz charakterisiert ist. Es ist Sache der klinischen Analyse und anatomischen Untersuchung, im einzelnen Fall die Art der Entstehung, den Sitz und die Beschaffenheit der Wände zu erörtern. Ätiologisch kommen Encephalitis, Trauma, Infektionskrankheiten in Betracht. Der Begriff der zerebralen Kinderlähmung umfaßt viel mehr als Porencephalie, da er ganz allgemein auf eine im kindlichen Alter hervortretende Lähmung, die vom Gehirn ausgeht, hindeutet.

Das Wort Porencephalie ist hingegen zur Bezeichnung derjenigen mit Idiotie und Epilepsie verknüpften Gehirnstörungen, welche sich durch eine Lochbildung, d. h. einen Substanzdefekt auszeichnen, besser geeignet als das vieldeutige Wort: „zerebrale Kinderlähmung“, in welchem die Vorstellung des Herdartigen in keiner Weise liegt.

Kurt Mendel (Berlin).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

18. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

am 4. September 1904 zu Köln.

Selter (Solingen) stellt ein $3^1/_2$jähriges Mädchen mit **Arthritis fibrosa** (Type Jaccoud) vor, das seit ca. 9 Monaten krank, zuerst nicht mehr laufen wollte. dann Schwellungen auf beiden Fußrücken, dann auf beiden Handrücken bekam. Mitte Juli war bei der ersten Beratung durch S. auch eine Erkrankung des linken Ellbogen- und des rechten Kniegelenkes vorhanden. Im Laufe der Behandlung stellte sich auch eine solche des linken Knie- und rechten Ellbogengelenkes ein. Die Gelenke sind alle bis zu einem gewissen Grade beweglich, werden in leichter Beugestellung gehalten. Die Schwellung ist teigig, betrifft an Hand und Fuß nicht das eigentliche Gelenk, sondern die Umgebung des Gelenkes und ist wenig schmerzhaft. Die Haut darüber ist nur wenig oder gar nicht gerötet. Innere Organe ohne abnormen Befund. Unter Hinweis auf die in der Litteratur angeführten Fälle von chronischer Arthritis fibrosa weist S. auf die im Gegensatz zur Tuberkulose auch in diesem Falle vorhandene Reihenfolge und Symmetrie hin, in der die Gelenke befallen werden — macht ferner auf die Anatomie dieser Gelenkerkrankungen, die Prognose und die Therapie aufmerksam (Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie XI. 4).

Sodann demonstriert S. das **Präparat einer Darminvagination** von einem 7monatlichen Kinde, die $2^1/_2$ Tage bestand als sie zur Behandlung kam und bei bereits eingetretenem körperlichen Verfall in der linken Unterbauchgegend unterhalb des Nabels einem nach dem kleinen Becken sich hinziehenden Tumor zeigte. Vom Mastdarm nur der invaginierte Darm palpabel. Das Kind kam 18 Stunden später ad exitum. Bei der Autopsie fand sich das Coecum, das Colon ascendens, die Hälfte des Quercolons und ein großer Teil des Ileums intuszipiert in ein etwa 10 cm langes Stück des Quercolons und Colon descendens und zwar mehrfach ineinandergeschachtelt. S. demonstriert den Fall als nicht den von Hirschsprung aufgestellten Typen entsprechend.

Krautwig (Köln). Demonstration eines 7 Monate alten Knaben, der seit 4 Wochen ein tiefgreifendes Geschwür von fast Markstückgröße auf der linken Wange hat. Die Submaxillardrüsen waren von Anfang an fast hühnereigroß intumesziert, anfangs von harter Konsistenz, in den letzten Wochen dagegen mit beginnenden Erweichungen an mehreren Stellen. Das Geschwür hat jedweder Salbenbehandlung getrotzt und hat an Umfang und Tiefe allmählich zugenommen; die Ränder sind schräg, der Grund rot granulierend. Die Diagnose schwankt im wesentlichen zwischen Tuberkulose und Syphilis. Trotz Mangels einer erblichen Belastung liegt hier Tuberkulose vor, ein tuberkulöses Dienstmädchen verpflegte das Kind monatelang allein und infizierte es wahrscheinlich durch Küssen auf die Wange, wo sich die lokale primäre Tuberkulose entwickelte.

2. Demonstration des Schädeldaches eines neugeborenen unbekannten männlichen Kindes (Präparat von einer gerichtlichen Obduktion gewonnen), welches in ausgeprägter Weise die besonders für den Gerichtsarzt wichtigen rundlichen, mit einer knorpeligen Membran überspannten Verknöcherungslücken in beiden Seitenwandbeinen zeigt. Das Kind hatte über Mittelgröße und über Mittelgewicht; mit angeborener Rachitis hat diese Anomalie nichts zu tun.

Rensburg (Elberfeld) demonstriert einen **Fall von angeborener Gliederstarre** mit folgender Anamnese und Befunde. Kind 1 Jahr 9 Mon. In der Familie keine Geisteskrankheiten, keine Rachitis, kein Alkoholismus. Im 4—5. Schwangerschaftsmonat überstand die Mutter Muskelrheumatismus, war ca. 4 Wochen bettlägerig, dieser verschwand ohne ärztliche Hilfe. Spontane rechtzeitige Geburt, leicht zyanotisches Kind, angeblich in den ersten Tagen tetanische Krämpfe, die nach kurzer Dauer nicht wiederkehrten. Beine und Arme von Anfang steif.

Befund: Intelligenz dem Alter entsprechend, Hirnnerven unbeteiligt, Oppenheimsches Phänomen fehlt, athetotische Bewegungen beim Ergreifen von Gegenständen, abnorme Streckungen der Finger dabei; Flexion bezw. Extension statt Opposition beim in die Faust nehmen einer Sache, Arme werden in Pronationsstellung gebracht, nie in Supinationsstellung, beim Gehversuch Kreuzung der Beine, völliger Spasmus, Füße dabei in Spitzfußstellung; das Kind ist infolge der Starre nicht imstande zu stehen, geschweige denn zu gehen. Passiv ist bei Ablenkung von Aufmerksamkeit die Bewegung der Arme und Beine leicht möglich, nur die Abduktion der Oberschenkel ist erschwert; die Adduktoren spannen sich strangförmig an, das Kind äußert Schmerzempfindung dabei. Bei nicht vollständiger Ablenkung ist die passive Beweglichkeit gelegentlich allenthalben erschwert aber immerhin möglich. Patellarreflex leicht auslösbar, nicht gesteigert. Achillessehnenreflex, Tricepsreflex, Periostreflex an Armen und Beinen nicht auslösbar, desgleichen Facialisreflex; Hautreflexe (Bauchdecken und Cremaster) vorhanden, aber nicht gesteigert. Babinski negativ, elektrische Erregbarkeit allenthalben normal. R. möchte diesen Typus, der den von ihm im vorigen Jahre demonstrierten Fällen analog ist, absondern von der sogenannten Littleschen Krankheit, da er sich in typischer Weise klinisch von dieser unterscheidet. Es fehlen hier die bei Little vorhandenen Intelligenzdefekte, Mitbeteiligung der Hirnnerven, gesteigerte Sehnenreflexe, dagegen sind vorhanden normale Intelligenz, normale Sehnenreflexe, Nichtbeteiligung der Hirnnerven, normale Hautreflexe. Ob dieser Typus sich auch pathologisch-anatomisch absondern läßt, vermag R. nicht zu unterscheiden, da ihm selbst kein Sektionsmaterial zur Verfügung steht und er auch in der Literatur keinen klinisch analogen Fall, der pathologisch-anatomisch untersucht wurde, finden konnte.

Zur Diskussion Selter: Das vorliegende Krankheitsbild ist offenbar mit der angeborenen Gliederstarre der Alten identisch (Spasmen). Es ist durchaus wünschenswert, daß diese Fälle von den zentralen Kinderlähmungen getrennt werden. Diese Spasmen gehen mit oder ohne Intelligenzdefekte einher (nach Angabe der Alten). Nach Massage, passiven Bewegungen gehen diese Spasmen bei den Fällen mit geringen oder keinem Intelligenzdefekte gewöhnlich in Heilung über.

Cantrowitz (Solingen): **Zur Frage der Buttermilchernährung.** C. hat auf Grund der verschiedentlich in der Literatur aufgetauchten Behauptungen, daß die Buttermilch Rachitis mache (Teixeira, Kobrak, Rommel) das Material der Selterschen Klinik und Privatpraxis aus den Jahren 1902 und 1903 gesichtet, und aus den über 100 Fällen von Buttermilchkindern diejenigen, welche mindestens zwei Monate bis zu einem Jahr und darüber diese Kost erhalten, auf Rachitis untersucht. Er fand unter 37 Fällen 10 mal Rachitis, deren Entstehen aber, wie an der Hand einer Reihe von Krankengeschichten nachgewiesen wird, mit ebenso großer Wahrscheinlichkeit auch auf andere Ursachen (unzweckmäßige Ernährung nach Aufhören der Buttermilchfütterung, durchgemachte akute Infektionskrankheiten (Baginsky, Bernhard), Erblichkeit (Siegert), ungünstige häusliche Verhältnisse usw.) zurückgeführt werden kann. Er warnt daher dringend davor, bis durch weitere langjährige Untersuchungen an einem großen Material die Frage völlig geklärt ist, die in geeigneten Fällen so überaus günstig wirkende Nahrung durch Behauptungen, welche zum Teil nur auf Laboratoriumsversuchen fußen, in Mißkredit zu bringen.

Bezüglich des heute noch allgemein üblichen Mehlzusatzes zur Buttermilch kommt C. gleichfalls nach den Erfahrungen an Selters Klientel zu folgenden Schlüssen: 1. Mehlzusatz zur Buttermilch ist nicht unbedingt erforderlich, kann unter Umständen (z. B. bei voraufgegangener Insuffizienz der Stärkeverdauung) sogar zu Darmstörungen Anlaß geben. 2. Zur Vermeidung des klumpigen Gerinnens der mehlfreien Buttermilch erhitze man letztere besonders im Anfang langsam auf gelindem Feuer unter beständigem Umrühren. 3. Eine schlechtere Verdaulichkeit der mehlfreien gegenüber der mit Mehl angereicherten Buttermilch besteht nicht. 4. Je nach der Art der voraufgegangenen Darmstörung (Insuffizienz der Fett- oder Stärkeverdauung) hat man nach Reparierung derselben durch Buttermilch die Wahl eines etwaigen Mehl- oder Rahmzusatzes in der Hand.

Zur Diskussion Dreher: D. hat im Sommer d. J. Versuche mit Buttermilchkonserve in etwa 30 Fällen gemacht. Die theoretisch von ihm aufgestellten

Indikationen für die Anwendung waren „Fettdiarrhöe“ und „Mehlstühle“. In allen Fällen wurde die Konserve ausgezeichnet vertragen. Sämtliche Kinder nahmen deutlich zu, einige bis zu 250 g wöchentlich. In einem Falle von Pylorusverengerung, in dem alles, auch Ammenmilch erbrochen wurde, gelang es mit der Buttermilch eine wöchentliche Zunahme von 80—100 g zu erreichen. Der Fall ist besonders erwähnenswert, weil das Kind an Tetanie litt und weil die Symptome unter der Buttermilchernährung innerhalb vier Wochen verschwanden Ob die Konserve bei längerer Darreichung ohne Zusatz Rachitis erzeugt, kann D. nicht behaupten, er sah niemals, daß vorhandene Rachitis durch Buttermilchernährung verstärkt wurde. Rey.

Verein der städtischen Spitalärzte zu Budapest.

Sitzung vom 9. Februar 1904.

Vilmos Goldzieher demonstriert einen Fall von **Cyanosis retinae.** Erweiterte, geschlängelte, dunkle Venen, normale Arterien, Iris mit punktförmigen Blutungen besät, Pupille nicht beweglich, Augenhintergrund bei Spiegelung schwarz (Corpus vitreum mit Blut durchtränkt), Bulbus sehr schmerzhaft, Spannung hoch, Visus = 0. Zyanose der Lippen und des Gesichtes, Trommelschlägerfinger. 115 % Hämoglobingehalt, Zahl der weißen Blutkörperchen normal, die der roten 8150000. Obwohl die physikalische Herzuntersuchung keine Abweichung von der Norm zeigt, nimmt G. bei dem 9 Jahre alten Mädchen ein Vitium cordis congenitum an.

Sitzung vom 12. Oktober 1904.

József Guszman: **Xeroderma pigmentosum.** K. Cl., 8 Jahre alt. Seit 7 Jahren erkrankt, zeigt jetzt das typische Bild aus Xeroderma pigmentosum sec. Kaposi. Schmutzige sommersprossenähnliche Flecken alternieren mit atrophischen Hautpartien und Neoplasmen, die histologisch untersucht Carcinoma cancroides entsprechen. Ernst Deutsch (Budapest).

Kgl. Ärzteverein in Budapest.

Sitzung vom 20. Februar 1904.

Vilmos Leitner ersetzte bei einem 7 Jahre altem Knaben das infolge von Diphtherie zerstörte obere Augenlid des linken Auges durch Kuhntschen stiellosem Lappen.

Sitzung vom 27. Februar 1904.

Vilmos Manninger demonstriert einen Fall von **Exstrophia vesicae urinariae**, bei der er mit plastischer Schließung eine genügend kontinente Blase erreichen konnte. Er umschnitt die Blase bogenförmig, vereinigt die Wundränder in der Längsrichtung und erreichte eine prima intentio.

G. Dollinger stellt einen nach Maydl operierten Fall von **Exstrophia vesicae urinariae** vor. Nach dem Eingriffe hatte der 13jährige Patient 2 Wochen incontinentia urinae et alvi infolge einer Proctitis. Heute ist seine Kontinenz für Urin und Darminhalt normal.

István Csapodi demonstriert bei einem 10jährigen Knaben eine linksseitige **Microcornea**; Durchmesser der Hornhaut 5 mm, zu 11 mm des rechten Auges.

Sitzung vom 19. März 1904.

Lea Königsberger demonstriert ein 2½ Monate altes Kind mit **ulcus t. b. c. palpebrae inf.**; welches Geschwür wahrscheinlich durch Infektion einer Pemphigus vulgaris Blase entstand.

Sitzung vom 23. April 1904.

Kornel Lang stellte einen 16 Jahre alten Knaben vor, der seit seinem zweiten Lebensjahre an linksseitigem eitrigem Nasenfluß, seit 4 Jahren an Epilepsie leidet, welche Symptome nach Entfernung eines **Rhinolithen** aufhörten.

Sitzung vom 22. Oktober 1904.

M. Paunz: **Laryngotracheoskopia und Bronchoskopia directa.** Nachdem er die Verdienste Kirsteins und Kilians hervorhebt und ihre Methoden ad oculos demonstriert, referiert er einen Fall, bei dem mit Bronchoskopia inferior ein Pflanzenteil aus dem Bronchus dexter entfernt wurde.

Ernst Deutsch (Budapest).

---

76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte

zu Breslau vom 18.—24. September 1904.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sektion für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 20. September, nachmittags.

Vorsitzender: Herr Wiechmann-Kopenhagen.

Grossmann: **Psychotherapie in der Kinderpraxis.**

Er befürwortet die hyynotische Suggestivbehandlung beim Kinde. Die Hypnose ist nach seiner Ansicht ungefährlich. Sie ist eine einfache Schlafillusion und keine künstliche Hysterie. Er hat bei den sehr vielen Kindern, die er behandelt hat, niemals üble Zufälle beobachtet und behauptet, daß die Hypnose Vorzügliches leiste bei der Behandlung der kindlichen Hysterie, der Onanie, aber auch Chorea, und zwar nicht die bloß auf hysterischem Boden beruhende, sondern auch die organisch bedingte, wird ebenso wie manches Gelenkleiden gebessert.

Diskussion: Thiemich (Breslau) meint, daß der Vortragende das geistige Niveau der Versammlung doch unterschätzt habe. Auf der letzten Versammlung in Kassel sei in dem Referat über Kinderhysterie von Bruns und ihm erheblich mehr Positives gesagt worden und damals haben sich nicht nur die beiden Referenten, sondern auch ein Psychiater von der Bedeutung Binswangers durchaus gegen die Hypnose als Heilmittel der Hysterie ausgesprochen. Nur exakte Beobachtungen, die ausführlich mitgeteilt würden, wären imstande, an dieser Meinung etwas zu ändern.

G. bleibt bei seiner Ansicht, daß bei den jetzigen verbesserten Methoden die Hypnose ungefährlich sei und bedauert, daß der Mangel an Zeit es ihm unmöglich machte, seine Fälle eingehend vorzutragen.

Ernst Buchholz (Hamburg): **Über Lichtbehandlung der Rachitis und anderer Kinderkrankheiten.** (Mit Demonstration eines Babylichtbades.)

Ausgehend von günstigen Erfahrungen mit allgemeinen Glühlichtbädern bei Erwachsenen hat Vortragender diese Methode auch bei Kindern angewandt, die ihm wegen gewisser Umstände (leichtere Durchdringbarkeit der kindlichen Gewebe für Licht, größere Hautoberfläche im Verhältnis zum Volumen als beim Erwachsenen, Möglichkeit, den Einfluß äußerer Faktoren auf die Entwicklung zu untersuchen) besonders geeignet zum Studium der Lichtbadeinwirkung auf den Organismus erscheinen.

Das vom Vortragenden konstruierte Kinderlichtbad unterscheidet sich von den bisher üblichen Glühlichtbädern namentlich in zwei Punkten: 1. die Wand des Bades ist perforiert, daher Luftaustausch zwischen dem Innenraume und der Außenluft, 2. die Lampenhüllen sind mit Glashüllen bedeckt, wodurch zum Teil die Wärmestrahlen absorbiert werden.

Beide Veränderungen bewirken eine bedeutende Herabsetzung der Erwärmung der Hautoberfläche, so daß von einem Schwitzbad nicht die Rede ist. Von April bis Ende August 1904 wurden 25 Kinder behandelt, darunter 16 an Rachitis leidende. Sie wurden meist alle 2 Tage 15 Minuten lang der Bestrahlung ausgesetzt; von jeder anderen Behandlung wurde abgesehen. Nach etwa 4wöchentlicher Anwendung des Lichtbades zeigte sich deutliche Besserung des Befindens, die sich besonders in der Hebung oder Erlangung des Gehvermögens geltend machte. Günstig wirkte das Lichtbad auch bei Komplikationen der Rachitis: bei Laryngospasmus und besonders auffallend bei chronischer Obstipation, sowie ferner bei Pädatrophie. Vortragender glaubt für Rachitis, sowie für die letztgenannten Erkrankungen das Lichtbad empfehlen zu können.

Was seine theoretischen Anschauungen betrifft, so neigt er zu der Annahme einer „spezifischen Lichtwirkung“ der Glühlichtbäder, da bei der Anordnung seines Bades die Wärmewirkung stark herabgesetzt sei.

Diskussion: Czerny (Breslau) glaubt, daß eine Heilmethode, die gleichzeitig Obstipation, Laryngospasmus, Atrophie und Rachitis heilt, wissenschaftlich nicht diskutabel ist.

Herr Thiemich teilt einen Fall von Eklampsie mit, der, sobald das Kind in Schweiß geriet, gefährliche Anfälle hervorrief. Das Schwitzbad ist hier also nicht zu empfehlen.

Hochsinger fragt, ob denn die Kinder nicht immer geschwitzt haben. Die Temperaturerhöhung, der sie in dem Apparat sicher ausgesetzt waren, ist nicht ungefährlich.

Schlossmann (Dresden) meint, daß er bereits vor mehreren Jahren ein besseres derartiges Modell angegeben habe, der Betrieb sei sehr teuer und das Geld könnte besser für die Ernährung der Kinder benützt werden.

Swoboda glaubt, daß eine günstige Einwirkung auf die Rachitis, auch einfach durch eine gute hygienische Pflege ohne einen solchen Apparat erzielt werden kann.

Selter (Solingen) vermißt in den Darlegungen des Vortragenden doch die genügenden wissenschaftlichen Grundlagen.

Buchholz sucht in seinem Schlußwort die gemachten Einwände zu widerlegen.

Thiemich (Breslau) demonstriert **eine tragbare Säuglingswage**, die er den bisherigen Modellen vorzieht, weil sie bedeutend genauere Ablesungen ermöglicht bis zu 10 g, bei einer Belastung bis zu 10 kg. Die Wage wiegt etwa 4 kg und kostet 50 Mk. Sie wird von Rick u. Berger geliefert.

Diskussion: Selter hat eine ähnliche Wage für 20 Mk. konstruiert, bei der der Transportkasten als Unterlage dient.

Rommel hält die Wage für einen wesentlichen Fortschritt.

Thiemich glaubt, daß das Netz, das bei seiner Wage als Unterlage dient, doch bedeutend reinlicher ist als ein Holzkasten.

Röder zeigt **neue Moulagen von Säuglingsstühlen** und teilt mit, daß es mit Hilfe der neuen Methoden der Photographie gelungen sei, diese Moulagen vorzüglich abzubilden, so daß eine gute plastische Wiedergabe möglich ist. Das Lehrmittel wird dadurch sehr erheblich verbilligt und kann weitere Verbreitung finden als die immerhin teure Moulage.

Karstens demonstriert eine **neue Methode der Fettbestimmung (Sinacidbutyrometer)** und zeigt eine dazu gehörige Zentrifuge. Der Apparat wird von Sichler u. Richter in Leipzig geliefert.

Gesellschaft der Charite-Ärzte in Berlin.

Sitzung vom 16. Juni 1904.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Heubner: **Krankenvorstellungen. 1. Ein Fall von Leukämie.**

Meine Herren, ich habe die Absicht, Ihnen einige Fälle vorzustellen, die besonderes Interesse erwecken. Der erste Fall ist ein Fall von Leukämie, allerdings von einem Charakter, daß die Diagnose vielleicht nicht ganz unanfechtbar ist.

Das 2jährige Kind stammt von gesunden Eltern und ist bis zum Beginn der jetzigen Krankheit gut entwickelt gewesen; es hat nur vor einem halben Jahre mal an einer Otitis media gelitten, die aber nicht sehr intensiv war und geheilt ist, nachdem Wucherungen aus dem Nasenrachenraum entfernt worden waren. Es sind etwa vier Monate bis zum Beginn der jetzigen Krankheit vergangen. Am 28. April d. J. wurde eine Anschwellung um die Augen wahrgenommen. Es wurde in der Ohrenklinik eine Paracentese beider Trommelfelle vorgenommen, ohne daß aber eine Änderung des Zustandes eintrat; und nun wurde das bis dahin blühende

und gesunde Kind blaß, magerte ab, bekam schlechten Appetit und Verstopfung. In diesem Zustande blieb es ohne wesentliche Änderungen bis zum 7. Juni, wo es zu uns kam.

Wenn Sie das Kind betrachten (Demonstration), so sehen sie sofort eine sehr auffällige Verfärbung des Gesichts, die freilich bei Tageslicht sich noch besser zu erkennen gibt und eine eigentümliche kachektische grau-gelbliche Nüance hat, eine Nüance, die ganz wohl mit der Diagnose der Leukämie vereinbar ist. Sie bemerken aber zweitens an dem Kinde eine umschriebene Anschwellung des Gesichts, besonders um die Augen, die auf der rechten Seite stärker ist als auf der linken und die sich verbindet mit der Erweiterung von Hautvenen, namentlich hier an der Stirn; wenn das Kind etwas unruhig wird und schreit, sieht man die rechte Vena jugularis externa etwas stärker vertreten als die linke. Ich will noch bemerken, daß die unteren Extremitäten auch etwas geschwollen sind, aber nicht in dem Verhältnis wie das Gesicht. Auch die Arme zeigen eine leichte Schwellung, aber diese jedenfalls in allergeringstem Grade. Sie bemerken weiter an dem Kinde, daß es dyspnoisch ist, ja, man hört sogar das Atmen ein wenig, und Sie sehen, daß es eine eigentümliche Thoraxform hat. Es ist nicht auffällig rachitisch, aber Sie sehen, daß hier eine Art Voussure vorhanden ist, die nicht durch das Herz bedingt ist, denn sie sitzt auf der rechten Seite, und wenn wir diese Stelle perkutieren, so haben wir einen ganz vollständig leeren Schall. Ich gebe Ihnen gleichzeitig das Skiagramm der betreffenden Körpergegend herum, an dem Sie die durch die Perkussion gewonnenen Resultate zu kontrollieren imstande sind.

Nun, meine Herren, es ist wohl kaum zu bezweifeln, daß wir hier eine Geschwulst vor uns haben. Das Atemgeräusch ist hier abgeschwächt; es ist nichts von Bronchialatmen; wenn das Kind schreit, kann man sich überzeugen, daß die Lungenränder sich bei der Inspiration beiderseits über die gedämpfte Stelle verschieben, so daß also beim Exspirium der Tumor größere Ausdehnung hat als beim Inspirium, ein Zeichen dafür, daß die Erkrankung nicht die Lungen selbst betrifft.

Nun fragt es sich zunächst: welchem Organ gehört der Tumor an? Ich gebe Ihnen hier eine Arbeit von Blumenreich über die Thymusdrüsendämpfung herum. Diese Figur zeigt, daß der gedämpfte Bezirk genau einer vergrößerten Thymus entspricht, nur daß er sich etwas weniger nach links ausbreitet als nach rechts.

Welcher enormen Vergrößerung eine Thymusdrüse durch Geschwulstbildung fähig ist, sehen Sie an dem Präparate, das ich Ihnen hier vorzeige. Er stammt von einem zwölfjährigen Knaben, den wir hier in der Klinik gehabt haben, der aber außerhalb des Hauses verstarb und seziert worden ist. Der Knabe hatte bei Lebzeiten eine ganz ähnliche, nur noch größere Dämpfung des Perkussionsschalles und die gleiche Voussure an der gleichen Stelle.

Wenn man das Kind nun weiter untersucht, so findet man an den soliden Organen sonst nicht viel Abnormes. Der Urin ist völlig eiweißfrei, und blieb es. Er zeigt aber eine starke Urattrübung und enthält den doppelten Betrag an Harnsäure (0,42) täglich als beim normalen Kind; bei nicht abundanter Eiweißkost (vorwiegend Milchnahrung), wenig Appetit. Daß der mediastinale Tumor bereits auf die Zirkulation eingewirkt hat, können wir an der erwähnten Schwellung des Gesichts erkennen, die wohl auf eine Kompression der Vena cava superior zurückzuführen sein dürfte. Bemerkenswert, meine Herren, ist, daß zwar auch etwas Dyspnoe besteht, aber doch keine irgend erhebliche Stenose, daß also die Trachea offenbar wenig beteiligt ist. Es könnte das vielleicht differentialdiagnostisch benutzt werden in der Beziehung, daß wir das Vorhandensein eines Konglomerats von Drüsen des vorderen Mediastinums und der Bronchialdrüsen für weniger wahrscheinlich halten, da das noch stärkere Dyspnoe hervorrufen würde. Auch dieser Umstand würde also mehr für die Thymus sprechen, insofern als eine flache, im Dickendurchmesser weniger ausgedehnte Geschwulst hier vorhanden zu sein scheint.

Meine Herren, ich glaube, der Zusammenhang der Symptome, den ich bisher besprochen habe, ist klar; aber nicht klar ist es, wie das Kind zu dieser Färbung kommt. Dafür bietet uns ein ganz anderer Befund eine Erklärung, derjenige des Blutes. Die Blutuntersuchung hat erstens eine ganz bedeutende Verminderung der roten Blutkörperchen, und zwar auf 1900000 ergeben. Daneben

finden wir eine ganz erhebliche Vermehrung der Lymphocyten. Ich projiziere Ihnen ein Blutpräparat, an dem Sie die große Zahl großer und kleiner Lymphocyten, und das fast völlige Fehlen der Polynukleären erkennen können (Demonstration). Die Zahl der Leukocyten beträgt 92000, also es ist ein Verhältnis der weißen Blutkörperchen zu den roten von 1 : 20; ein Verhältnis, das etwa noch an der Grenze von Leukocytose und Leukämie steht, aber doch schon mehr dafür spricht, daß wir es hier mit einem leukämisehen Zustand zu tun haben, um so mehr, als eine so hochgradige Vermehrung der Lymphocyten (abgesehen von ganz bestimmten Zuständen, wie z. B. bei Sepsis) als Leukocytose kaum vorkommt. Da wir außerdem auch noch Myelocyten, wie Sie sich hier überzeugen können, in dem Blutbilde haben, so spricht auch das für die Wahrscheinlichkeit einer Beteiligung des Kochenmarks.

Nun, meine Herren, in neuerer Zeit ist aber die Lehre von der Leukämie auch nach der Richtung wieder etwas schwankend geworden, als (z. B. nach den neuesten Arbeiten von Pappenheim) zu unterscheiden ist zwischen einer Pseudoleukämie mit einem kleinen l und einer Pseudoleukämie mit einem großen L. Die Pseudoleukämie mit einem großen L soll einen Zustand bedeuten, welchen das leukämische Blutbild bietet, ohne daß eine wirklich echte, vom Knochenmark ausgehende Leukämie vorhanden ist, so nämlich, daß von einer andersartigen Geschwulst, sagen wir von Drüsen oder von einem Tumor aus, in das Knochenmark hinein metastatisch eine Infektion erfolgt und nun diese metastatische Knochenmarkserkrankung eine Leukämie vortäuscht, die keine echte Leukämie ist. Man könnte also z. B. diesen Fall, wo ein so exquisiter Tumor vorhanden ist, vielleicht nach dieser Richtung hin deuten. Hätten wir es mit einem Tumor zu tun, der erst eine sekundäre Erkrankung des Knochenmarkes mit Pseudoleukämie hervorgerufen hat, so könnte sich die Frage erheben, ob man nicht den Versuch machen sollte, den Tumor zu entfernen. Unser chirurgischer Kollege König ist ja schon mehrfach an die Exstirpation von Thymustumoren heran gegangen und auch mit günstigem Erfolg, allerdings hat es sich dort um ein älteres Individuum, um einen 16jährigen Jüngling, gehandelt; mehrere andere hat er nicht durchbringen können. Ich muß aber sagen — und ich glaube kaum, daß man mir darin Unrecht geben wird —: wenn dem Kinde überhaupt noch geholfen werden kann, so wäre es vielleicht nur durch die Entfernung des großen Tumors aus dem vorderen Mediastinum möglich.

Diskussion. Kraus: Ich möchte mir erlauben, die Frage an den Vortragenden zu richten, wie sich die Lymphknoten an der Peripherie und sonst im Körper verhalten und ob hinsichtlich der Milz und Leber eine Veränderung zu konstatieren ist.

Heubner: Das habe ich vergessen, zu erwähnen. Es ist fast gar nichts vorhanden. Nur eine einzige kleine Stelle hier am Bauch wäre zu nennen, die mir eine Lymphdrüse zu sein scheint. Die Milz ist nicht wesentlich vergrößert, auch die Leber nicht. Sonst ist an den soliden Organen nichts Pathologisches als dieser Tumor im vorderen Mediastinum nachweisbar.

Kraus: Dann möchte ich doch Bedenken aussprechen gegen die Auffassung dieses Falles als eines solchen von lymphatischer Leukämie. Der Habitus des ganzen Falles ist doch der einer Tumorbildung, und zwar entweder einer Thymusgeschwulst oder einer von den vielen möglichen lymphatischen Geschwulstformen. Die schwere Anämie, die verhältnismäßig geringe Zahl von Lymphocyten, kurz das Gesamtbild des Falles sprechen meiner Meinung nach weniger für eine gewöhnliche Leukaemia lymphatica. Und was die Therapie anlangt, so halte ich es doch für gefährlich, hier einen chirurgischen Eingriff zu unternehmen.

Senator: Ich stimme in bezug auf die Auffassung des Falles dem Kollegen Kraus bei. Ich halte es für ziemlich sicher, daß es sich um eine Kochenmarksaffektion handelt, und zwar erinnert mich der Fall an einen anderen, den ich kürzlich im Verein für innere Medizin vorgestellt habe, bei dem sich der Blutbefund auch so verhielt wie hier, auch der sonstige Habitus, nur mit dem Unterschied, daß keine Geschwulst vorhanden war. Ich möchte den Kollegen Heubner fragen, ob der Augenhintergrund untersucht worden ist. (Heubner: Der war vollständig normal.) In meinem Falle handelte es sich um ein junges Mädchen, das nach einer Krankheit von drei Monaten zugrunde ging und bei dem sich zu meinem großen Erstaunen nicht eine Aplasie des Marks fand, wie ich es erwartet hatte, sondern eine diffuse lymphadenoide Umwandlung des Knochenmarks. Eine solche findet sich ja bei lymphatischer Leukämie, denn in jenen

seltenen Fällen, bei welchen eine Geschwulstbildung an den Schädelknochen und Hervortreten der Augäpfel charakteristisch ist und die beschrieben sind unter dem Namen Chlorome oder Chlorolymphome, Geschwülste, bei denen das Knochenmark auch vollständig lymphatisch, vielleicht auch myeloid entartet ist und das Gewebe grau oder graugrünlich gefärbt ist. Vielleicht ist die Vermutung berechtigt, daß es sich hier um Chlorom handelt, und mit etwas größerer Wahrscheinlichkeit möchte ich annehmen, daß eine diffuse Knochenmarkserkrankung vorhanden ist. Natürlich würde in diesem Falle die Operation kontraindiziert sein.

Heubner: Kraus ist der Meinung, der ich zuletzt Ausdruck gegeben habe. Bei der klinischen Vorstellung habe ich diese Auffassung auch als die vielleicht richtigste bezeichnet.

Dann möchte ich noch einmal hervorheben: Ich halte es ja auch für sehr unwahrscheinlich, daß hier etwas zu machen ist; aber ich meine, wenn das Knochenmark erkrankt ist, so ist es doch eine sekundäre Erkrankung, vorausgesetzt, daß die Diagnose richtig ist, daß die Geschwulstbildung hier von dem Tumor im vorderen Mediastinum ausgeht, und dann könnte doch immerhin diese sekundäre Erkrankung zessieren, wenn der Tumor entfernt wird.

(Senator: Ich meine, Herr Kraus nahm eine Systemerkrankung des lymphatischen Apparates an.) Sonst sind aber alle Drüsen frei. (Zuruf: Ist es möglich, daß die Geschwulst vom Periost ausgeht?)

Heubner: Weder Sternum noch Rippen sind irgendwo auf Druck schmerzhaft.

Anmerkung bei der Korrektur: Das Kind starb einige Wochen später unter zunehmendem Marasmus.

Der Sektionsbefund ergab eine hochgradige Vergrößerung der Thymus durch eine lymphatische Infiltration (malignes Lymphom?), eine höchst intensive (leukämische?) Infiltration beider Nieren und (mikroskopisch) eine tiefgehende Veränderung des Knochenmarkes. Der Fall wird ausführlich veröffentlicht werden.

2. Fall von infantilem Myxödem.

Der nächste Fall, den ich Ihnen zeigen möchte, ist ein Fall von Myxödem. Es ist in der letzten Zeit viel die Rede gewesen von der Behandlung dieser Krankheit und auch von guten Erfolgen, die damit erzielt waren; aber ich habe es trotzdem nicht für überflüssig gehalten, Ihnen einen solchen Fall von infantilem Myxödem vorzuführen, weil möglicherweise manche unter Ihnen, auch wenn sie viel darüber gehört und gelesen haben, doch noch nicht viele derartige Fälle gesehen haben und weil ich immer wieder von neuem die Erfahrung mache, daß wenigstens unter den praktischen Ärzten die Bekanntschaft mit dem Krankheitsbild, welches das intantile Myxödem bietet, sehr gering ist.

Es handelt sich um ein zweijähriges Kind, welches gleich von Geburt an dadurch aufgefallen ist, wie die Eltern erzählen, daß es sehr dick und fett war. Nun, dieser Eindruck wird wohl weniger durch Fettreichtum als eben durch die eigentümliche Schwellung, die wir jetzt an dem Kinde sehen, hervorgerufen worden sein, die also schon bei der Geburt beobachtet wurde. Der Kopf war nicht besonders groß, doch meint die Mutter, die Zunahme des Kopfes sei vielleicht etwas beträchtlicher gewesen, als es sonst die Regel ist. Das Kind war nicht schwer und hat sich seit der Geburt wenig entwickelt, ist im Wachstum und in der geistigen Entwickelung sehr zurückgeblieben. Sein Temperament war immer ruhig, es lag meist still da und betrachtete wohl mal seine Fingerchen; unruhig ist es nur geworden, wenn ein Nahrungsbedürfnis eintrat. Es hat sehr selten einmal gelacht. Vielleicht hat es die Mutter einmal angesehen, und Sie bemerken auch, wie es, während ich jetzt rede, mich fixiert und daß es durchaus nicht blödsinnig ist; es ist nur in allen Beziehungen minderwertig. Weiter wird noch angegeben, daß das Kind sehr verstopft gewesen ist.

Meine Herren, Sie bemerken an dem Kinde ziemlich ausgesprochen die bekannten Zeichen des Myxödems. Erstens sehen Sie den unförmlichen Habitus des Gesichts, diese eigentümliche Verdickung der Stirn, die dicke Wülste bildet — bei einem Kinde von zwei Jahren etwas ganz Ungewöhnliches. Sie sehen Wülste, die unter den Augen liegen. Die Lidspalte ist dadurch verengt. Die Nase ist eingedrückt, etwas sattelig; die Nasenöffnungen sind dick, desgleichen die Lippen, kurz, Sie sehen, es ist etwas Mißgestaltetes in dem ganzen Habitus des Gesichts, das sich bis auf die Ohren erstreckt. Im Gegensatz dazu sehen

Sie, wie die Haare dürftig sind, schütter, wie man in Süddeutschland sagt, und außerdem spröde, trocken. Die ganze Haut ist trocken. Auch der ganze übrige Körper zeigt an vielen Stellen Verdickungen und Wülste, z. B. im Nacken. Noch eins: Sie sehen — und das ist ziemlich bemerkenswert — fast immer oder doch wenigstens sehr häufig die Zunge zwischen den Lippen erscheinen, was eine Folge der Verdickung ist, die sie darbietet. Die Zunge ist zu voluminös, um noch im Munde Platz zu haben. Eine Andeutung von Nabelbruch ist auch vorhanden, eine Erscheinung, die auch fast regelmäßig bei infantilem Myxödem zu beobachten ist. Der Puls ist langsam und wenig beweglich. Was die psychischen Funktionen betrifft, so sieht das Kind jetzt ja schon etwas lebhafter aus, nachdem es jetzt seit ungefähr acht Tagen in spezifischer Behandlung ist, aber im großen und ganzen ist es doch noch sehr stumpf. Die Versuche, hier eine Schilddrüse abzutasten, ergeben ein negatives Resultat.

In der Tat beruht der Zustand, den wir hier vor uns sehen, wie schon mehrfach durch die Sektion erhärtet worden ist, auf einem Mangel der Schilddrüse, und seine erfolgreiche Therapie in einer Zufuhr von Schilddrüsensubstanz. Sie wissen, daß diese Krankheit insofern ihren Namen nicht ganz mitt Recht trägt, als zu bezweifeln ist, ob die Flüssigkeit oder das Infiltrat, das sich hier im Unterhautzellgewebe bildet, wirklich sehr reich an Schleim ist, aber um eine einfache wässerige Ausschwitzung handelt es sich bestimmt nicht.

Jedem, der Gelegenheit hat, Kretins in Gebirgsgegenden zu sehen, wird die Ähnlichkeit dieses Gesichts mit dem eines Kretins auffallen, nur daß es sich dort um eine enorme Vergrößerung, hier um eine Aplasie der Schilddrüse handelt. Man hat ja diese Krankheit auch sporadischen Kretinismus genannt.

Was das kindliche Mxyödem in den klinischen Symptomen hauptsächlich von dem des Erwachsenen unterscheidet, das ist das Zurückbleiben des Wachstums. Die eben erwähnte Therapie vermag nun dieses Hemmnis des Wachtums ebenso zu durchbrechen, wie es die sonstige Entwickelungsstörung günstig beeinflußt. In letzterer Beziehung liegen die Verhältnisse sehr ähnlich dem des Erwachsenen.

Für diejenigen Herren, die sich noch nicht viel mit der Krankheit beschäftigt haben, möchte ich bemerken, daß wir dem Kinde jetzt von dem Merckschen Schilddrüsenpräparat eine Dosis von $2^1/_2$ cgr., ansteigend allmählich bis auf 5 cgr. und dann auf 1 dgr. geben. Es sei weiter erwähnt, daß wir bei diesem Kinde angefangen haben, eine Stoffwechseluntersuchung vorzunehmen. Wir haben zunächst, bevor wir in die spezifische Behandlung eingetreten sind, den Stoffwechsel vier Tage lang bestimmt. Herr Dr. Langstein wird die Details später mitteilen. Die Untersuchung ist noch nicht abgeschlosseu, es hat sich aber schon ein nicht uninteressantes Factum ergeben, nämlich, daß wir das, was für das Myxödem des Erwachsenen so vielfach behauptet ist — daß nämlich eine Verlangsamung des Stoffwechsels und namentlich eine auffällige Verminderung der Harnstoffbildung einträte —, bei diesem Kinde nicht zu beobachten imstande gewesen sind. Besonders der Anteil des Ammoniaks oder der Purinkörper am Gesamtstickstoff, der ausgeschieden wird, hat sich als nicht erheblich erwiesen. Es ist in einem Tage z. B. 0.42 g Stickstoff ausgeschieden worden, und davon war 0,33 g Harnstickstoff, — also ein durchaus normales Verhalten, so daß in dieser Beziehung Stoffwechselstörung nicht angenommen werden kann.

(Schluß folgt.)

III. Neue Bücher.

F. C. R. Eschle. **Die krankhafte Willensschwäche und die Aufgaben der erziehlichen Therapie.** Berlin 1904. Fischers med. Buchh., H. Kornfeld.

Das Buch des Verf. eignet sich nicht zum Referieren, da seine Ausführungen nicht in Kürze wiedergegeben werden können. Es sei deshalb aus dem Inhalt des Werkes hier nur hervorgehoben, daß Verf. zunächst in seinen psychologischen Vorbemerkungen den Willen und das Bewußtsein zu definieren sucht, daß das zweite Kapitel über die Neuro- und Psychomechanik des Willensaktes handelt,

im dritten dann die Störungen der Willensvorgänge und ihre Formen besprochen werden; hier unterscheidet Verf. folgende drei Arten von Störungen der Willensfunktion:

a) die defektive Insuffizienz (Störungen in der Harmonie der psychischen Elemente, vornehmlich partieller oder vollständiger Ausfall eines derselben),

b) die psychomotorische Insuffizienz (Störung in der Verknüpfung der psychischen Vorgänge, d. h. im Ineinandergreifen des psychomotorischen Apparates),

c) die motorische Insuffizienz (Störung in der Übertragung der Impulse auf die motorische Sphäre oder Störungen in der motorischen Sphäre selbst [Lähmungen, Krämpfe, Koordinationsstörungen, Zittern]).

Das letzte Kapitel behandelt die therapeutische Beeinflussung der Willensstörungen, und zwar: 1. die hygienische Therapie, für welche am wichtigsten ist die individuell normierte Verteilung von Ruhe und Betätigung, 2. die psychische Therapie, welche in der erziehlichen Therapie gipfelt und durch Suggestion, Steigerung des Selbstvertrauens, durch die Macht des Beispiels, durch Belohnungen und Strafen zu wirken sucht, und 3. die Erziehung zur Arbeit und die Aufgaben und Grenzen der Beschäftigungstherapie, bei welcher ein sorgfältiges Individualisieren erforderlich ist. Kurt Mendel (Berlin.)

O. Berkhan. **Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn, Geistesschwäche des Bürgerlichen Gesetzbuches.** Zweite Auflage. Braunschweig 1904. Verlag von Vieweg & Sohn.

B. bespricht zunächst die Ursachen des Schwachsinns und führt als solche an: a) Blutarmut, arme Verhältnisse, Trunksucht, den Körper durchsetzende Krankheiten, Erblichkeit seitens der Eltern, b) Verzögerung der Geburt oder Mißverhältnis zwischen Kindeskopf und Beckenring, Zangengeburt (Blutungen im Schädelinnern), c) hitzige Erkrankungen, wie Masern, Scharlach, Typhus in den Kinderjahren (sie führen zur Epilepsie oder Encephalitis mit nachbleibendem Schwachsinn); bei diesen Ktndern ist wahrscheinlich eine Anlage zu Hirnerkrankungen vom Mutterleibe her anzunehmen.

Des weiteren beschreibt Verf. die ersten Lebensjahre der mit angeborenem Schwachsinn behafteten Kinder, sowie die zerebrale Kinderlähmung; der Anfall, welcher letztere einleitet, ist mit einer Eisblase auf den Kopf, mit Chloroformeinatmung (Tröpfelmethode) oder mit einem Klystier von Chloralhydrat (2—5 dcg zu 50 g Aqu.) zu behandeln, die nachbleibenden Lähmungen mit Bädern, Massage, Gymnastik, Orthopädie, Elektrizität und Sehnenüberpflanzung. Das schwach befähigte Kind (Schwachsinn geringeren Grades) ist einer Hilfsschule zu überweisen, bei Schwachsinn höheren Grades (Idiotie) kommt eine unter sachverständiger, ärztlich-pädagogischer Leitung stehende Idiotenanstalt in Betracht. Gegen die epileptischen Anfälle empfiehlt Verf. morgens Abwaschungen von Brust und Rücken mit kaltem oder lauem Seewasser (1 Essl. Seesalz in 1 l Wasser gelöst), er verbietet den Genuß aller hitzigen Getränke wie Kaffee, Thee, Schokolade, Bier, Wein, Schnaps, ebenso den Genuß von Gewürzen wie Pfeffer, Zimt, Mostrich, Senf, Vanille, und empfiehlt, nie abends eine schwer verdauliche Speise zu genießen, ferner viel Milch und Extr. Bellad. 1 cg mit Kal. brom. 1 g steigend, welches Mittel $^1/_2$—2 Jahre lang zu gebrauchen ist. Von Heilung kann man erst dann sprechen, wenn 5 Jahre lang kein Anfall aufgetreten ist. Bei gehäuften Anfällen sind Klysmen mit Chloralhydrat (3—5 dcg auf 50 g Wasser) empfehlenswert.

Bei schwachbefähigten, blödsinnigen, stammelnden und stotternden Kindern kommen häufig Wucherungen (adenoide Vegetationen) im Nasenrachenraume vor, bei geistig gesunden Kindern kann dies Leiden geistige Schwäche vortäuschen. Diese Wucherungen sind zu entfernen, denn häufig sieht man nach der Operation eine deutliche Besserung. Bei der Aufnahme der Kinder in den Schulen und Hilfsschulen sollte stets eine Untersuchung auf dies Übel hin stattfinden.

Als Folge von nasalen Störungen (Stockschnupfen, Wucherungen usw.) wird häufig Aprosexie, d. h. Unfähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, beobachtet.

Des näheren geht Verf. auf die Geschichte der Entstehung der Hilfsschule zu Braunschweig, sowie auf die Grundsätze ein, nach denen Hilfsschulen für schwachsinnige Kinder einzurichten sind. Ebenso wichtig wie die Behandlung des Schwachsinns erscheint die Verhütung desselben: es muß der Körper der schwangeren Frau, die bis dahin der Reihe nach ihre Kinder durch Fehlgeburten,

Frühgeburten, epileptiforme Anfälle und Hirnlähmuug verloren hat, durch geeignete Ernährungsweise und den Gebrauch von Arzneien vollständig umgebildet und das werdende Kind hierdurch günstig beeinflußt werden. Verf. gibt einen genauen Speisezettel für die Schwangeren, empfiehlt mittags eine Messerspitze voll Ferr. carbon. sacchar. oder Ferr. citr. effervesc. acht Tage lang, in der folgenden Woche täglich einmal einen Kinderlöffel voll Aq. Calcis und so abwechselnd bis zum letzten Monat der Schwangerschaft. Zum Getränk verordnet er in der ersten Woche Lagerbier, in der zweiten Rotwein, ebenfalls abwechelnd. Die Frauen müssen täglich zweimal spazieren gehen und nach Tisch sich ruhen. Der eheliche Umgang ist in den letzten Schwangerschaftsmonaten sowie zu der Zeit, in welcher die Menses einzutreten pflegten, zu meiden. Fünf vom Verf. angeführte Fälle zeigen, wie Frauen, die eine Reihe Kinder durch Fehlgeburten, Frühgeburten und Hirnlähmung verloren oder schwachsinnige Kinder geboren hatten, durch eine vom Beginn der Schwangerschaft eingeleitete, entsprechende Behandlung ein lebensfähiges, geistig und körperlich gesundes Kind zur Welt bringen können.

In einem letzten Kapitel werden die auf die Schwachsinnigen Bezug habenden Paragraphen des Strafgesetzbuchs und des Bürgerlichen Gesetzbuchs kurz behandelt und im Nachtrag finden noch Erwähnung der Hydrocephalus, die Mikrocephalie, der Kretinen- und Mongolen-Typus, eigentümliche mit Einschlafen verbundene Anfälle und der krankhafte Wandertrieb. Kurt Mendel (Berlin).

Fr. Siebert. **Ein Buch für Kinder.** Verlag von Seitz & Schauer, München.

Es ist dem Verf. vortrefflich gelungen, in diesem Buche, in welchem er sich direkt an die Kinder wendet, diesen durch Gespräche über Entstehung von Pflanzen und Tieren langsam und allmählich die Tatsachen des Geschlechtslebens beizubringen und ihren Sinn nach und nach hinüberzuleiten auf die menschlichen Verhältnisse. Schon 10—12jährigen Kindern können die Eltern an der Hand dieses Buches nunmehr Aufklärung geben über Dinge, deren erste Besprechung unbedingt von ihrer Seite ausgehen muß, sollen die Kinder über diese Tatsachen nicht in indezenter Weise von unberufener Seite zuerst Belehrung erhalten. Mag man auch in manchem Punkte wünschen, daß der Verf. etwas anders vorgegangen wäre, die Abfassung eines derartigen Buches ist so schwer, daß es wohl kein Autor allen Lesern hätte recht machen können. Im allgemeinen können wir demselben uneingeschränktes Lob spenden und der Freude Ausdruck geben, daß wir jetzt ein derartiges Buch besitzen, das uns bisher gefehlt hat.

Grätzer.

O. Dornblüth. **Diätetisches Kochbuch.** A. Stubers Verlag, Würzburg. Preis: geb. 5,40 Mk.

Seitdem die Diätetik in unserer Behandlungsweise der verschiedensten Krankheiten einen breiteren Raum einzunehmen begonnen hat und wir Ärzte diesen Faktor mehr und mehr schätzen gelernt haben, hat sich auch die medizinische Literatur dieses Gegenstandes bemächtigt, und „ärztliche Kochbücher“ überschwemmten den Büchermarkt. Manche verschwanden wieder, andere behaupteten sich und bewiesen dadurch ihre Existenzberechtigung. Unter letzteren befindet sich Dornblüths Buch, welches jetzt in 2. Auflage vorliegt, ein Beweis dafür, daß es zahlreiche Leser gefunden hat. Es ist in der Tat ein gutes Buch, das allen Anforderungen durchans entspricht, und es wird sicher weiter seinen Platz behaupten, zumal der Verf. bei der Neuauflage bestrebt gewesen ist, die Fortschritte der Wissenschaft zu verwerten und so sein Werk auf der Höhe der Zeit zu erhalten. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Bassenco, A., Ein Fall von hysterischer Aphasie im Kindesalter (Berlin). — **Biermans, H.**, Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie bei $2^1/_2$ Jahre altem Mädchen (Kiel). — **Binder, A.**, Über Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber (Heidelberg). — **Bolewski, J.**, Über kongenitale Nierenmißbildungen, besonders

über Zystennieren (Würzburg). — **Faltz, K.**, Angeborene Bildungs- und Lageanomalien der Nieren, unter Anführung dreier eigener Fälle (Würzburg). — **Hassmann, W.**, Über die Erfolge der Operationen bei Cataracta congenita (Straßburg). — **Henne, O.**, Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalte mit besonderer Berücksichtigung der operativen und funktionellen Resultate (Leipzig). — **Kayser, H.**, Über Hypertrophie und Dilatation des Herzens im Kindesalter (Halle). — **Kelbling, G.**, Radikaloperationen von Inguinalbrüchen bei Kindern (Kiel). — **Krogh, A.**, Über einen Fall von progressiver Muskelatrophie nach Poliomyelitis anterior acuta infantum (München). — **Lagrèze, L.**, Über habituellen Icterus gravis Neugeborener (Straßburg). — **Lewinberg, G.**, Morbus Basedowii im Kindesalter (Leipzig). — **Meiner, W.**, Über Pubertätsalbuminurie (Erlangen). — **Schiff, P.**, Die sogenannten intrauterinen Frakturen und ihre Ätiologie (Leipzig). — **Schnabel, Fr.**, Zur Mechanik der Wirbelsäule des Neugeborenen (Freiburg). — **Stock, M.**, Über einen Fall von Stillscher Krankheit bei einem 2jährigen Knaben (Kiel). — **Streib, W.**, Die Augen der Schüler und Schülerinnen der Tübinger Schulen (Tübingen). — **Thieme, O.**, Ein Fall von Meningoencephalocele (München). — **Zwanziger, A.**, Ein Fall von angeborener perinealer Dislokation des Testikels (Kiel).

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Der Magistrat hat bezüglich der Säuglingspflege einen sehr bemerkenswerten Beschluß gefaßt. Es sollen vier poliklinische Fürsorgestellen eingerichtet werden, in denen unentgeltlich spezialärztlicher Rat über die Wartung und Ernährung der Säuglinge eingeholt werden kann. Die betreffenden Leiter der Fürsorgestellen sollen ermächtigt werden, Milch oder Nährpräparate für Säuglinge an die Mütter und Pflegemütter abzugeben. Zur Ausführung dieser Bestimmung sind 40000 Mk. im Etat ausgeworfen.

— Die Familie Rudolf Virchows hat der Stadt eine Summe von 50000 Mk. zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit überwiesen.

Halle. Der Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in der Provinz Sachsen und Anhalt hat die Errichtung einer Kinderheilstätte bei Oranienbaum beschlossen.

Hamburg. Die Bürgerschaft hat beschlossen, zur Verbesserung der Säuglingsfürsorge sechs besoldete Kinderpflegerinnen anzustellen, welche die der Fürsorge des Waisenhauskollegiums unterstehenden Kinder bis zum zweiten Lebensjahr zu beaufsichtigen und den Müttern und Kostmüttern mit Rat zur Hand zu geben haben. Die Pflegerinnen sind einem Arzt unterstellt, von dem sie instruiert werden, und dem sie regelmäßig Bericht zu erstatten haben.

Zürich. Der Stadtrat hat die Schaffung einer besonderen Schularztstelle beantragt.

Potsdam. In dem aus den Mitteln der Hoffbauer-Stiftung erbauten Waisenhause zu Hermannswerder bei Potsdam, in welchem statutengemäß verwaiste und halbverwaiste Mädchen evangelischer Konfession, vorzugsweise aus den Kreisen von Fabrikanten, Kaufleuten und Ärzten, vom frühesten Alter an gegen ein jährliches Pflegegeld von 300 Mk. (für die unter 6 Jahre alten Kinder auf 150 Mk. ermäßigt) Aufnahme finden, sind zurzeit einige Stellen frei.

Konstantinopel. In der Türkei ist durch des Impfgesetz vom 4. April 1904 (in Kraft getreten am 18. April 1904) die obligatorische allgemeine Impfung und Wiederimpfung mit animaler Lymphe nach deutschem Muster eingeführt worden.

Buenos Aires. In Argentinien ist durch Gesetz vom 27. August 1903 die obligatorische allgemeine Impfung und Wiederimpfung mit Schutzpocken in der Hauptstadt und den Gebieten der Republik eingeführt worden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. Februar 1905. No. 2.

I. Originalbeiträge.

Der therapeutische Effekt der Pyrenolmedikation bei Pertussis.

Von

Dr. **J. Arnold Goldmann** in Wien.

Ätiologisch, über das Wesen und die Entstehungsursachen der Pertussis ist uns bis nun Positives nicht bekannt. Wir halten sie für eine Infektionskrankheit, welche zumeist im Kindesalter auftritt und bestimmt übertragbar ist. Die Erreger der Infektion sind uns wohl noch nicht bekannt. Die Übertragung von Person auf Person, mittelbar oder unmittelbar, die Möglichkeit einer Infektion durch die Luft, durch das ausgeworfene Sputum (auch in bereits eingetrocknetem Zustande), durch den Verkehr Gesunder mit Kranken wird als bestimmt angenommen, wenn wir auch in den meisten Fällen nicht in der Lage sind die Art der Ansteckung herauszufinden. Hypothetisch wird angenommen und findet auch viele ernst zu nehmende Verfechter, daß der Sitz der Erkrankung in irgend einem bestimmten Teile des Nervensystems zu suchen ist und daß es sich dabei um eine örtliche Affektion der sensiblen Nerven der entsprechenden Nervenbahn handelt, wie auch hypothetisch angenommen wird, daß die eigentliche Ursache der Erkrankung ein Bazillus, vielleicht ein Miasma ist, über dessen Namen und Art uns bisher die weitgehendste Forschung keine Aufklärung gegeben hat. Am besten einleuchtend scheint uns wohl die Annahme zu sein, daß das Ursprüngliche die Allgemeininfektion und sekundär eine Ablagerung der Toxine in den Luftwegen, vornehmlich in den oberen, speziell aber im oberen Teile der Trachea stattfindet.

Bei weitem klarer und sozusagen charakteristisch ist das Krankheitsbild selbst. Das Initialstadium, das sogenannte charakteristische Stadium mit seinen sich allmählich einsetzenden Begleiterscheinungen, die merklich stetige Zunahme dieser mit gar keiner Neigung zum Nachlassen, der symptomatische, von Tag zu Tag zu verfolgende Übergang in das nervös-konvulsivische, das längere Verweilen in diesem, den Höhepunkt der Krankheit zu bezeichnenden Stadium und der nur langsam — oft erst nach vielen Wochen — erfolgende Abfall aus demselben in das sogenannte Stadium decrementi sind so prägnant ausgesprochen, daß ein Verkennen der Krankheit, d. h. eine Fehldiagnose nicht gut möglich ist. Die Prognose in Bezug auf Dauer,

Verlauf und Ausgang der Krankheit beeinflussen verschiedene Momente, auf welche, — weil nur zu gut bekannt — hier einzugehen wohl müßig wäre. Daß aber die Pertussis mit ihrer häufig genug vorkommenden, mitunter auch sehr schweren Komplikationen und Folgeerscheinungen nicht mehr, wie sonst ehedem in großen Kreisen, als eine harmlose Erkrankung angesehen wird, die ihren natürlichen Ausstand haben muß und gegen welche therapeutisch einzuschreiten keine Notwendigkeit vorliegt, oder aber zu argumentieren, daß wir mit unseren Hilfs- und Heilmitteln nichts auszurichten vermögen, dürfte heute denn doch schon als eine Ausnahmeanschauung gelten. Richtig ausgewählte hygienische, diätetische und therapeutische Maßnahmen leisten bei der Behandlung der Pertussis unbestreitbar gute Dienste und verhüten positiv schwere Schäden, welche bei Außerachtlassung geeigneter Heilbehelfe kaum hintangehalten werden könnten.

Zur Frage der medikamentösen Behandlung übergehend, verzeichnen wir eine Reihe von Arzneimitteln, welche auf das Wesen, den Symptomenkomplex und den Verlauf der Pertussis reflektierend, einerseits antipyretisch, anderseits sekretionsfördernd und zum Teile auch reizmildernd und einige wenige, welche auch direkt auf die Infektionskeime, d. h. bakterizid wirken sollen. In wie weit wir mit diesen Mitteln zu einem befriedigenden Heilziele gelangen, hängt von verschiedenen Umständen ab und bleibt Sache persönlicher Beobachtung und einschlägiger Erfahrung.

Ein seit längerer Zeit bekanntes und bei der Behandlung von Pertussis vielfach verwendetes Mittel ist „Pyrenol“, in welchem drei altbekannte und bewährte Arzneikörper, das Thymol, die Benzoësäure und die Salicylsäure in eine neue chemische Verbindung gebracht, ihre arzneiliche Wirkung bei der Behandlung der Pertussis voll zur Geltung zu bringen vermögen und wie wir schon aus der Zusammensetzung ersehen, auf die verschiedenartige Anschauung über das Wesen des Keuchhustens besondere Rücksicht nimmt, indem die drei Arzneikörper, jeder auf seine Art spezifisch einzuwirken vermag und zwar bakterizid, antipyretisch, sekretionsfördernd und reizmildernd; therapeutische Effekte, welche vollkommen ausreichen, um eine ärztliche Behandlung der Pertussis mit begründeter Aussicht auf Erfolg unternehmen und in ehemöglichster Zeit komplikationslos einer vollständigen Ausheilung zuführen zu können.

Die Kombination dieser drei altbewährten Arzneimittel zu einem Präparate ist eine geschickt ausgewählte und ist durch die erprobte Einzelwirkung derselben sowohl theoretisch als auch praktisch gut fundiert.

Lewin, Samter, Lutz u. a. beschrieben schon vor Dezennien die antiseptische und kolyseptische Eigenschaft des Thymol, sowie Leyden, Küster u. a. seine therapeutische Wirksamkeit bei katarrhalischen Erkrankungen der Atmungsorgane. Die Benzoësäure, speziell das Natr. benzoicum wurde lange Zeit sogar als Specificum bei der Behandlung von Affektionen der Lunge gepriesen, ich erinnere nur an die Mitteilungen von P. Rokitansky; freilich sind die seinerzeitigen überschwänglichen Hoffnungen, welche man an das Mittel in Bezug auf die Heilung der Lungentuberkulose gesetzt hat, leider nicht

in Erfüllung gegangen, in gewissen Stadien der Krankheit leistet es aber unbestritten schätzbare Hilfsdienste. Die prompte und spezifische Wirkung der Salicylsäure ist zu bekannt und zu fest begründet, als daß ich diese erst des weiteren ausführen soll. Allen drei Arzneikörpern gemeinschaftlich aber ist ihre anerkannte aseptisch-antipyretische Eigenschaft und unbestritten die spezifisch gute Wirkung des Thymians beim Keuchhusten.

An Pertussiskranken haben wir — wie ja überhaupt in allen Großstädten — auch hier keinen Mangel und während meiner langjährigen ärztlichen Tätigkeit hatte ich nur zu oft Gelegenheit mir die Überzeugung zu verschaffen, daß mit einem exspektativen Zuwarten bei katarrhalisch affizierten Kindern zur Zeit der sogenannten Keuchhusten der günstigste Moment einer prophylaktischen, beziehungsweise auch abortiven Behandlung versäumt wird. Vielfache Erfahrung hat mir den Beweis erbracht, daß eine solche Behandlung nicht nur möglich, sondern auch mit positivem Erfolge durchzuführen ist. Ich halte in solcher Zeit jeden, mehrere Tage lang exacerbierenden katarrhalischen Hustenfall, als pertussisverdächtig und behandle ihn demzufolge auch darnach. Die Mittel, die dabei in Anwendung kommen, sind solche, welche auch bei einfacher katarrhalischer Erkrankung indiziert und falls auch noch keine Infektion stattgefunden hätte, von guter Wirkung und vollkommen unschädlich sind.

Ich habe in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen, insbesondere Schulkinder im Alter von 6—14 Jahren, welche Tage lang, besonders im Herbst und im Winter — von mehr oder minder starkem Husten befallen, ohne auch nur die geringsten Symptome einer Pertussis noch vorgefunden zu haben, schon aus dem Grunde prophylaktisch behandelt, weil mir sehr oft mitgeteilt wurde, daß auch viele andere Kinder der Schule oder befreundeter Familien, mit welchen sie häufigen Verkehr pflegen, an Husten erkrankt sind und diese meine Gepflogenheit hat sich sehr oft als ganz gerechtfertigt erwiesen.

Schon bei einfachen katarrhalischen Erscheinungen, welche zumeist mit geringer Alteration des Allgemeinbefindens zur Beobachtung kamen, habe ich prophylaktisch das „Pyrenol“ verwendet und je nach dem Alter des Kindes von einer 1—3 %igen Solution (Pyrenol 1—3 : 100, mit Syr. rub. Idaei oder Syr. cort. aurant. 20) 3mal täglich 1 Kinderlöffel voll nehmen lassen und schon nach 2—3 Tagen zeigte sich der Wirkungseffekt der Behandlung darin, daß die Kinder leichter und lockerer aufhusten konnten, die Expektoration ohne Anstrengung von statten ging, die Hustenanfälle seltener und minder belästigend waren, namentlich in der Nacht, demzufolge auch der Schlaf weniger gestört, die kleinen Patienten behielten guten Appetit, waren lebhaft und munter geworden und unter konstanter Ausscheidung von kopiösem Bronchial- und Nasensekret nahm der Katarrh seinen normalen, einfachen Verlauf und war zumeist nach 8—10, in einzelnen Fällen spätestens nach 14 Tagen komplikationslos beendet. Ich habe mir bei der Behandlung mehrerer Kinder deren Geschwister bereits an manifester Pertussis erkrankt waren, die Überzeugung verschaffen können, daß durch diese prophylaktische Behandlung eine weitere Entwicklung der latenten Erkrankung, bezw. der völlige Aus-

bruchs der Pertussis wirksamst hintangehalten werden konnte, was entschieden als eine Möglichkeit der abortiven Behandlung des Keuchhustens imponieren kann, welcher Anschauung übrigens auch andere Beobachter Ausdruck geben.

Die uneingeschränkte, durch keine andere therapeutische Mithilfe erzielte Wirkung des Präparates ließ sich bei Verwendung desselben bei diagnostisch festgestellter Pertussis beobachten, ich fand hierzu im Verlaufe nunmehr eines Jahres ausreichende Gelegenheit. Ich habe mit „Pyrenol“ Fälle behandelt, welche durch ihre typisch-charakteristischen Hustenanfälle bereits in das konvulsive Stadium eingetreten waren, mit der bekannt pfeifend-tiefen Inspiration und den qualvoll krampfhaften Hustenanfällen, welche oft ziemlich lange anhielten und so häufig im Tage und wiederholt exzessiv während der Nacht einstellten, daß die Kinder durch diese und durch den wiederholten schweren Brechakt völlig erschöpft wurden. Vorher gebrauchte sogenannte Haus- und Linderungsmittel, welche von den Müttern landläufig in schönster Abwechslung und in überreichlicher Menge verwendet wurden, ehe endlich der Arzt befragt wurde, hatten selbstverständlich keinen anderen Effekt, als daß die Kinder durch den übermäßigen Konsum derselben noch heftigere Anfälle mit bei weitem häufigeren Erbrechen durchzumachen hatten, dabei die Eßlust einbüßten und immer mehr herabkamen.

„Pyrenol“ bewirkt in der angegebenen Dosierung schon nach 4—5tägigem Gebrauche insofern eine merkliche Erleichterung und Linderung des Krankheitszustandes, daß die Kinder effektiv leichter und mit bei weitem geringerer Anstrengung auszuhusten vermögen, da das Präparat positiv reizmildernd und krampfstillend, auf die entzündlich affizierte Mukosa beruhigend einwirkt. Das intensive Gefühl von Kitzeln und nachfolgendem Würgen wird merklich günstig beeinflußt, es tritt auch bei den minder anstrengenden Hustenanfällen keine so intensive zyanotische Verfärbung und pastöse Schwellung des Gesichtes auf und auch das charakteristisch würgende Ekelgefühl unmittelbar vor und während des Brechaktes ist ein entschieden geringerer, so daß die Kinder keine so heillose Angst vor neuerlichen Stickanfällen haben, wie vorher regelmäßig, sie bringen dadurch die angesammelten, zähen Schleimmassen leichter heraus, wodurch die Anfälle rascher und bei weitem schonender ablaufen. Ich konnte diese Wahrnehmung selbst bei jüngeren und auch sonst schwächlicheren Kindern oft genug machen, als daß anzunehmen wäre, es lediglich nur mit einzelnen und günstigeren Ausnahmsfällen zu tun zu haben, zumal ich diesen günstigen Effekt bei mehreren rachitischen und auch bei lymphatischen Kindern, welche erfahrungsgemäß kaum zu den widerstandskräftigen und zu Heilversuchen besonders animierenden Kranken gezählt werden können, und zwei derselben die Pertussis überdies nach schwerer Morbilleninfektion aquiriert haben.

Im Verlaufe der weiteren Behandlung, gewöhnlich schon in der dritten Woche erwies sich der therapeutische Effekt der Pyrenolmedikation in bereits merklich günstiger Weise. Kinder, die bisweilen unterschiedlich 8—12, einzelne auch 14 Stickhustenanfälle in 24 Stunden durchzumachen hatten, bekamen nunmehr in derselben Zeit kaum

mehr als 6—8 solcher Anfälle und auch diese verliefen entschieden minder qualvoll und anstrengend und insbesondere die Eliminierung der inzwischen lockerer und flüssiger gewordenen Schleimmassen ging rascher vor sich, so daß sie wegen der geringeren Anstrengung und des verminderten Würggefühles von den Anfällen selbst nicht mehr so erschöpft waren und zufolge der größeren Zwischenpausen die in der Zwischenzeit zu sich genommene Nahrungsmenge gut verdauen und dementsprechend auch ausnützen konnten. Die bessere Ernährung und die erhöhte Widerstandskraft ließ sonach die Nachschübe der Anfälle leichter ertragen und bei sukzessiver Kräftigung komplikationslos durchmachen. Gegen Ende der vierten Woche konnte in den meisten von mir behandelten Fällen das Höhestadium der Krankheit als überschritten und der Übergang in das sogenannte Abfallsstadium beobachtet werden, kenntlich dadurch, daß das charakteristische Ziehen und Pfeifen nicht mehr wahrnehmbar, die Hustenanfälle recht seltene, Reiz- und Würgerscheinungen vollständig zessierend, das Erbrechen nur ein sporadisches und auch nur als ein flüchtiges, rasch vor sich gehendes Expektorieren geringen Schleimsekretes anzusehen war. Die ursprüngliche Pertussis nahm nunmehr seinen Ausgang in einen bereits harmlos gewordenen Katarrh der Atmungsschleimhäute, welcher bei Fortgebrauch des Präparates in nicht verminderter Dosierung zumeist nach weiteren 14 Tagen vollkommen zur Ausheilung gelangen konnte. Rezidive, bezw. neuerliche Exazerbation des bereits im Absteigen begriffenen Erkrankungsfalles habe ich nur einen, durch bei windigem Wetter längeres Verweilen im Freien beobachtet, aber auch diese kam schließlich nach insgesamt 8wöchentlicher Behandlung zur einwandfreien Heilung.

In merito ergaben mithin meine eigenen Beobachtungen, daß „Pyrenol“ bei der Behandlung von Pertussis schätzenswert gute therapeutische Dienste leistet, daß es diesbezüglich mit den gebräuchlichen Mitteln vorteilhaft konkurrieren kann, vollkommen unschädlich, von den kranken Kindern widerspruchslos genommen und während der ganzen Zeit gut vertragen wird, den Heilgang nachweislich fördert und wesentlich abkürzt, wie dies in ihren ausführlichen Publikationen auch andere Autoren, wie Schlesinger (Berlin), Grünfeld (Wien), Manasse (Karlsruhe), Burchhard (Berlin) speziell hervorheben und ich aus eigener Beobachtung auch noch dahin ergänge, daß „Pyrenol“ bei der Behandlung von Pertussis die Verwendung narkotischer Mittel vollständig entbehrlich machl, ein Vorteil, welcher in der Kinderpraxis nicht als geringwertig anzuschlagen ist.

II. Referate.

Jochmann und **Moltrecht**, Über seltenere Erkrankungsformen der Bronchien nach Masern und Keuchhusten (Fibrinbildung in der Bronchialwand, multiple Bronchiektasien). (Zieglers Beiträge. Bd. 36. Heft 2.) $2^1/_4$jähriger Knabe, der im

Anschluß an Masern an Keuchhusten erkrankt war. Der Tod erfolgte durch zunehmende Herzschwäche. Bei der Sektion fand sich in den Lungen neben typischer Masernpneumonie mit fibrinöser Pleuritis eine starke Erweiterung der Bronchien. Die Bronchialwand sah wie angefressen aus. Die unmittelbare Umgebung dieser klaffenden Lumina wurde von grauweißen Infiltrationen gebildet. Ein ganz ähnlicher Befund wurde noch bei einem $2^1/_2$jährigen Knaben erhoben, der ebenfalls an Masern erkrankt gewesen war. In einem dritten Falle handelte es sich um einen $4^1/_2$jährigen Knaben, der an Keuchhusten gelitten hatte. Auch hier bot die Lunge das gleiche Bild. Die bakteriologische Untersuchung ergab das fast ausschließliche Vorhandensein eines influenzaähnlichen Stäbchens (Bac. pertussis Eppendorf). Die mikroskopische Untersuchung zeigte vielfach eine vollkommene Zerstörung der Bronchialwand und ausgedehnte Fibrinbildung in der Bronchialwand bei allen Fällen. Schridde (Marburg).

H. G. Adamson, Multipler Lupus vulgaris im Gefolge der Masern. (The Brit. Journ. of Derm. Bd. 16. Oktober 1904.) In einer großen Reihe von Fällen des disseminierten Lupus vulgaris, die in der Literatur publiziert sind, und welche Verf. tabellarisch zusammenstellt, spielen Masern eine Rolle, indem die Hauttuberkulose fast immer unmittelbar oder innerhalb weniger Wochen nach dem Ausbruch des Masernexanthems aufgetreten ist. Diese Beziehung zwischen beiden Affektionen erklärt sich Verf. durch die Annahme, daß die Maserntoxine irgendeinen verborgenen tuberkulösen Herd erweichen und zur embolischen Verbreitung der Tuberkulose Anlaß geben. C. Berliner (Aachen).

Nadoleczny (München), Über die Erkrankungen des Mittelohrs bei Masern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 60. Ergänzungsheft.) N. stellte anläßlich der großen Masernepidemie, die im Frühjahr 1903 alle Stadtteile Münchens heimsuchte, sehr fleißige und bemerkenswerte klinische Untersuchungen an 100 Kindern an. Er fand, daß der akute Mittelohrkatarrh und die akute exudative oder perforative, also eiternde Mittelohrentzündung die gewöhnlichsten Komplikationen der Masern sind. Sie entstehen hauptsächlich in den ersten 2 Wochen nach der Eruption, bisweilen schon im Prodromalstadium, weniger häufig erst zur Zeit der Desquamation. Es ist daher falsch, die Mittelohrerkrankungen zu den „Nachkrankheiten“ der Masern zu zählen, sie sind vielmehr meist nasogener, seltener sekundärer Natur. Ihre Entwicklung wird dann durch Erkrankungen der oberen Luftwege und der Lungen häufig befördert und sogar erst veranlaßt, weshalb, wie bei andern Infektionskrankheiten, auch hier der akute Schnupfen schonend und sachgemäß (ohne Nasenspülung) behandelt werden muß. Die entzündlichen Prozesse treten in der Regel mit deutlichen subjektiven Symptomen auf. Die objektiven Zeichen sind ebenfalls die der gemeinen Otitis media acuta. Sie sind im großen und ganzen gutartig und haben sogar Tendenz zur Spontanheilung, jedoch sind schwere Affektionen mit Caries mastoidea und anderen Komplikationen, auch Taubstummheit noch Übergreifen aufs innere Ohr, nicht ausgeschlossen.

Durch frühzeitige Prophylaxe gelingt es oft, die Entwicklung der Exsudation in der Paukenhöhle hintanzuhalten. Eine rechtzeitige Therapie erreicht in den meisten Fällen eine Resorption des Exsudates. Ist aber eine Perforation des Trommelfelles eingetreten, so gelingt dennoch die glatte Heilung der Otitis media suppurativa so gut wie immer nach durchschnittlich 3 Wochen. Rezidive der Mittelohreiterung bei Masern sind selten. Unbehandelte oder vernachlässigte Fälle kommen dagegen häufig nicht zur Heilung, wie dies aus der Statistik der chronischen Mittelohreiterung hervorgeht, oder aber sie hinterlassen beträchtliche Zerstörungen im Mittelohr und dementsprechende Schwerhörigkeit. Hecker.

R. Spira, Behandlung der akuten Mittelohrentzündung. (Przeglad lekarski. No. 31. 1904.) Verf. nimmt auf Grund seiner langjährigen Erfahrung Stellung gegen die Ansicht Zaufals, bei akuten Mittelohrentzündungen mit der eventuell notwendigen Parazentese bis zum 7.—8. Krankheitstage abzuwarten und sich bis dahin mit warmen Umschlägen von 2—5 % Liq. Alumin. acetic. — innerlich Natr. salicyl. — eventuell bei starken Schmerzen mit Narcoticis zu behelfen. — In erster Reihe scheidet S. nicht eitrige akute Mittelohrentzündungen aus mit Rücksicht auf das ganz verschiedene — den eitrigen Entzündungen gegenüber — klinische Bild.

Die Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündung leitet Verf. mit 2—4 Blutegeln vor und hinter dem Ohre — kalten Umschlägen — Einträuflungen von Karbol, Glycerin oder Phenolsalyl mit Glycerin (1:10—15) unter Zugabe von Kokain bei starken Schmerzen — ein. Innerlich werden Salicylpräparate, Laktophenin, Antipyrin verabreicht. Wenn höchstens bis zum dritten Krankheitstage die Schmerzen und das Fieber nicht nachlassen, die Vorwölbung des Trommelfelles nicht geringer wird, schreitet S. unbedingt zur Parazentese. — Sind aber gefahrdrohende Gehirnsymptome vorhanden, wird dieser Eingriff selbstverständlich früher gemacht. Verf. hat nie welche unangenehme Folgen erlebt, sieht auch gar nicht ein, warum man mit diesem Eingriff zögern soll, besonders wenn man den kolossalen Unterschied im Krankheitsbilde vor und nach dem erfolgten oder vollführten Durchbruch des Trommelfellss in Betracht zieht.

Allerdings ist es nicht ausgeschlossen, daß das Exsudat resorbiert wird, aber wer gibt Gewähr, daß längeres Verweilen des Eiters und der eitererregenden Organismen nicht auf umgebende Schleimhaut und Knochen schädlich einwirkt. — Wenn Piffl Fälle anführt, wo nach 7—8 Tagen fast kritisch ohne Parazentese die Besserung eingetreten ist, so kann Verf. Fälle entgegenstellen, wo diese kritische günstige Wendung nach Parazentese bedeutend früher sich vollzogen hat, wo die Eiterung nach 5—8 Tagen ganz zessiert, die Offnung sich geschlossen und das Gehör sich gebessert hat, wobei man den Kranken nicht den etwaigen schädlichen Folgezuständen durch Resorption eingeschlossenen Eiters in Gefahr gesetzt hat.

Zu diesem günstigen Effekt gehört aber auch, jedweder unnötiger Eingriffe, wie zu frühes und intensives Ausspülen, Einträufeln von Ohrtropfen, Pulverinspersionen, Lufteinblasungen, sich zu enthalten, und den normalen Heilungsverlauf möglichst wenig zu stören.

In den ersten Tagen nach der Parazentese hat man absolut konservativ sich zu verhalten, bis die intensiven Entzündungserscheinungen und jedweder Schmerz zessieren.

Zum Schlusse erwähnt Verf., daß er in manchen Fällen von hartnäckiger chronischer eitriger Mittelohrentzündung bei größerem Defekt oder bei gänzlichem Mangel des Trommelfelles sehr gute Erfolge durch Tamponieren der Trommelhöhle mit kleinen Stückchen in 1 %ige Formalinlösung eingetauchter Gaze erzielt hat.

Gabel (Lemberg).

E. Meyer (Magdeburg), Ohrenärztliche Erfahrungen mit Aspirin. (Die Heilkunde. November 1904.) M. hat sich wiederholt von der hervorragenden Wirkung des Mittels bei den durch entzündliche Affektionen des äußeren und mittleren Ohres verursachten Schmerzen überzeugt; bei Gehörgangsfurunkulose und Perichondritis leistete es gute Dienste; desgleichen bei Mittelohrkatarrhen und Eiterungen. Aber auch bei entzündlich intrakraniellen Erkrankungen otitischen Ursprungs wirkte Aspirin hier in eigenartiger Weise. Vor einigen Jahren lernte M. in einem Falle otitischer Meningitis eines 7jährigen Kindes die prompte, stets 10—15 Minuten nach der Einnahme auftretende beruhigende Einwirkung von Aspirin (in Dosen von 0,25) kennen. — Jaktationen und Schreianfälle sistierten — und konnte diesen sedativen Einfluß, der nicht etwa auf Herabsetzung der Temperatur beruhte, in einer Anzahl anderer otitischer Meningitiden bei Erwachsenen und Kindern beobachten. Aspirin wirkte nur symptomatisch ein. In zwei anderen Fällen trat eine andere Wirkung deutlich hervor; die unklaren komatösen Pat. wurden nach Aspirin klar. Diese Wirkung auf das meningitische Koma beruht wohl auf einer Beeinflussung des intrakraniellen Drucks, durch dessen Herabsetzung eine Rückkehr des Bewußtseins zustande kommt.

Grätzer.

Sandor Ferenczi, Erkrankung des Labyrinthes, welche sich an eine febrile Krankheit anschloß. (Gyógyászat. 1904. No. 38.) F. beobachtete einen Mènierschen Symptomenkomplex, der sich nach einer Wurstvergiftung einstellte. Ernö Deutsch (Budapest).

C. Springer, Entwicklung von Hämangiomen im Anschluß an das „Ohrringstechen". (Aus dem K. F. J.-Kinderspital in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 34.) S. hatte zufällig Gelegenheit, in kurzer Aufeinanderfolge zwei derartige Fälle zu sehen.

Das erste Kind wurde mit einem stecknadelkopfgroßen flachen Hämangiom der Haut des linken Ohrläppchens geboren. Am siebenten Tage durchbohrte die Hebamme beide Ohrläppchen. Links folgte starke Eiterung und Schwellung des Ohrläppchens. Die Eiterung ging allmählich zurück, doch fing dann das bisher stationäre Hämangiom sich zu vergrößern an und griff bald an der äußeren wie der inneren Fläche auf die Ohrmuschel über. Schließlich vergrößerte das schwammige Hämangiom das Ohrläppchen auf das Doppelte der Norm und setzte sich von da bis zur Mitte der Ohrmuschel außen und innen fort, griff bereits auch auf den Tragus über. S. behandelte in Narkose die äußere Fläche mit dem Holländerschen Heißluftgebläse

und setzte auf der inneren Fläche noch einige Stiche mit dem Paquelin. Zufriedenstellender Erfolg, bedeutende Verkleinerung des Tumors. Die äußere, nur mit dem Gebläse behandelte Fläche heilte viel früher zu, es bietet also für alle nicht tief greifenden Hämangiome, die nicht exstirpiert werden können, die Heißluftbehandlung den großen Vorteil, daß die Heilungsdauer entschieden abgekürzt wird.

Fall 2 war dadurch noch interessanter, daß an dem betreffenden Ohre nichts Pathologisches vorhanden gewesen sein soll bis zu dem Ohrringstechen, welches 14 Tage post partum stattfand und rechts von Eiterung gefolgt war. Letztere sistierte bald, dagegen wurde 4 Wochen nach jenem Eingriff das Ohrläppchen dicker, bläulich, und allmählich entwickelte sich das gleiche Bild wie bei Fall 1. Hier genügte einmalige Heißluftbehandlung, um das Wachstum des Tumors zu hemmen und etwas Verkleinerung herbeizuführen, welche Behandlung in langsamen Etappen weitergeführt werden soll. Grätzer.

Brunhilde Kramer, Über Hämangiome. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Ergänzungsheft.) Es handelt sich um 147 Angiompat., von denen 71,4 % weibliches, 28,6 % männliches Geschlecht haben.

Das Auftreten der Angiome ist meistens kongenital, indem bei 82 von 142 Pat. die Blutgefäßgeschwülste gleich nach der Geburt bemerkt wurden.

Von 147 Pat. wiesen 28 % multiple Angiome auf; bei den meisten waren die Angiome auf eine Körperhälfte beschränkt. Die Lokalisation verhielt sich folgendermaßen: 42 % der Angiome betrafen das Gesicht, 10 % den behaarten Kopf, 5,0 % den Hals, 28,1 % den Rumpf, 12,5 % die Extremitäten. Bei 11 von 147 Pat. war neben dem Angiom irgendein anderer Bildungsfehler vorhanden. In 17 von 108 Fällen oder 16 % war familiäres Auftreten von Angiomen zu konstatieren. Das Versehen als Ätiologie der Angiome ist sehr unwahrscheinlich. — 3 Fälle könnten event. auf traumatischen Ursprung zurückgeführt werden. Von 224 Hämangiomen wurden 185 operativ behandelt, 106 mit Exzision, 55 mit Thermokauterisation, 14 mit Galvanokaustik, 11 mit Elektrolyse, 4 mit Vaccination. — Die Therapie richtet sich nach Beschaffenheit und Lokalisation der Angiome. Von den 93 Angiomen zeigten bei einer minimaleu Zwischenzeit von 3 Monaten und einer maximalen von 28 Jahren zwischen Operation und Nachfrage 7 Rezidive — 7,5 %; 6 Rezidive kommen auf exzidierte Angiome, 1 Rezidiv auf ein thermokauterisiertes. Bei 3 von 85 Patienten trat im Verlauf der Zeit an einer andern Körperstelle eine ähnliche Gefäßgeschwulst auf, wie die operierte.

Die mikroskopische Untersuchung von Präparaten hat 3 Arten ergeben: einfache, kavernöse, gemischte Angiome. Dem Sitz nach: subkutane; subkutane und kutane; kutane, subkutane und intermuskuläre Angiome. Die einfachen Angiome sind meist hypertrophischer Natur (nach der Bezeichnung von Ziegler).

Charakteristika des Angioma simplex hypertrophicum: kernreiche, mehrschichtige Kapillarwandung, epithelähnliche Endothelien. Als Zeichen der Hyperplasie: Abhebung der innersten Endothelschicht.

Hecker.

Riethus (Leipzig), Über primäre Muskelangiome. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 42. Heft 2.) R. beschreibt 2 Fälle von primärem Muskelangiom, die im Gegensatz zu den Hautangiomen zu den größten Seltenheiten gehören. In dem einen Falle war die Unterschenkelmuskulatur, im anderen Falle die Rückenmuskulatur erkrankt. Die mikroskopische Untersuchung, die ausführlich mitgeteilt wird, ergab als wahrscheinliche Entstehungsursache eine kongenitale Anlage.

Vulpius (Heidelberg).

Géza Sternberg. Erkrankungen an Filatow-Dukesscher Krankheit. (Budapesti orvosi ujság. 1904. 15. XII. Gyermekervos.) St. beschreibt zwei Fälle der Filatow-Dukesschen Krankheit. Fieberloser Verlauf, schwache Erscheinungen im Rachen, Allgemeinbefinden kaum gestört, Exanthem intensiv, scharlachähnlich, schon am zweiten Tage stark juckend. Autor hebt das Verdienst v. Bókays hervor, der in der ungarischen pädiatrischen Literatur als erster auf diese Erkrankung hinwies.

Ernö Deutsch (Budapest).

B. Thornton, Eine Scharlachepidemie. (The Brit. med. Journ. 18. Juni 1904.) In einem Institute mit 300 Zöglingen brach eine Epidemie aus, für welche die Quelle nicht ausfindig gemacht werden konnte. Die Epidemie zeichnete sich durch einen außerordentlich milden Charakter der Symptome aus. Es erkrankten 96 Kinder. Verf. gruppiert die Fälle folgendermaßen:

I. 31 mit typischem Exanthem, Rachenerscheinungen und geringer Erhöhung der Körpertemperatur.

II. 19 Fälle ohne charakteristischen Ausschlag, nur mit leichter Röte der Tonsillen, geringer Temperatursteigerung und Desquamation in der zweiten oder dritten Woche.

III. 46 Fälle ohne die geringste Indisposition und ohne alle akuten Erscheinungen, nur mit einfacher Desquamation.

Der Abschuppungsprozeß dauerte in allen Fällen ungewöhnlich lange und war deshalb eine auffallende Erscheinung bei dieser Epidemie.

Eine von den Doktoren Klein und Gordon angestellte bakteriologische Untersuchung hat als wahrscheinlich aktives, kausales Agens bei der Krankheit den Micrococcus scarlatinae ergeben. Man konnte ihn leicht in den Rachenabsonderungen, selten in der Nase, in den Ohrsekreten oder auf der Haut nachweisen.

Verf. glaubt, daß je nach dem Befunde des Scharlacherregers sich auch die Strenge der Isolierung richten würde.

C. Berliner (Aachen).

J. Siegel (Berlin), Zur Ätiologie des Scharlach. (Medizinische Klinik. 10. Dez. 1904.) S. macht folgende „vorläufige" Mitteilung: Im Blute scharlachkranker Menschen finden sich glänzende gallertartige Scheibchen mit einem Durchmesser von 1—2,5 μ. Bei starker Abblendung erkennt man im Innern derselben eine Andeutung von Kernbildung. Eigenbewegung kommt denselben anscheinend nicht zu. Nach Färbung mit Giemsas Azur-Eosin sieht man Kernbilder sehr deutlich in den verschiedensten Stadien der Teilung, von Zweiteilung an bis zur Morulabildung, und weiterhin

Auflösung der Morula in eine Anzahl längsgestreckter kleinster Körperchen, die $^1/_2$—1 μ lang sind. Diese „beweglichen Sporen“, wie ich sie nach dem Vorgange bei meiner Beschreibung der Vaccineerreger nennen will, zeigen große lokomotorische Bewegungsfähigkeit ähnlich den entsprechenden Körpern bei Vaccine.

Im Blut mit Scharlachgift geimpfter Kaninchen findet man schon nach 24 Stunden dieselben charakteristischen Körper, besonders zahlreich im Organsaft der Niere, Leber und Milz.

Die Körperchen, welche sich als Protozoen charakterisieren, sind den von mir bei Vaccine gefundenen sehr ähnlich, unterscheiden sich aber von denselben durch größere Zartheit der Kernbilder und auch sonst in einigen charakteristischen Punkten. Jedenfalls sind sie aber dem Cytorhyctes vaccinae nahe verwandt. Grätzer.

K. Patschkowski. Urotropin als Prophylaktikum gegen Scharlachnephritis. (Aus dem Charlottenburger städt. Krankenhaus.) (Therap. Monatshefte. 1904. No. 12.) Urotropin wurde in 52 Scharlachfällen gegeben, die einer äußerst bösartigen Epidemie angehörten. Von diesen 52 Fällen wurde bei 8 das Urotropin 10 bis 21 Tage lang hintereinander in Dosen von 0,25 bei Kindern, 0,5 bei Erwachsenen 3 mal täglich gegeben. In den übrigen 44 Fällen erhielten die Pat. das Mittel 3 mal je 4 Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen in denselben Dosen, und zwar erstens am 1.—4. Tage, zweitens am 9.—12. Tage und endlich am 17.—20. Tage, wobei der Tag der Einlieferung ins Krankenhaus als 1. Tag gerechnet wird. In der bei weitem größten Anzahl der Fälle wurden die Pat. vor Ablauf des 3. Krankheitstages eingeliefert. Von allen Pat. bekamen nur 2 (= 3,8 $^0/_0$) Nephritis, obwohl andere schwere Komplikationen zahlreich auftraten. Schädlich wirkte Urotropin nie ein.

Jetzt wird bei jedem eingelieferten Scharlachfall Urotropin ordiniert. Es wäre vielleicht zweckmäßig, auch bei septischen Prozessen das Mittel prophylaktisch gegen Nephritis anzuwenden.

Grätzer.

A. Uffenheimer, Zusammenhänge zwischen Diphtherie und Scharlach. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Ergänzungsheft.) Verf. verarbeitete das Scharlachmaterial von 7 Jahren an der Universitäts-Kinderklinik zu München und stellte selbst eine Reihe von bakteriologischen Untersuchungen an. Seine daraus gezogenen Schlüsse sind so umfangreiche, daß sie hier nur auszugsweise mitgeteilt werden können.

Scharlach und Diphtherie, zwei ätiologisch vollständig getrennte Krankheiten, können sich zu jeder Zeit kombinieren. Wird ein diphtheritisch, vor allem ein an primärem Krupp Erkrankter mit Scharlach angesteckt, so ist er in hohem Maße gefährdet, während Diphtherieansteckung bei bereits vorhandener Scharlacherkrankung keine größere Gefahr für das Leben der Betroffenen verursacht, indessen können diese Verhältnisse durch den jeweiligen Charakter der Epidemie sich verschieben.

Sekundärer Scharlach bei vorher bestehender diphtheritischer Erkrankung wurde meist durch Hospitalinfektion verursacht. Bei der

Mehrzahl der Kinder, die primär an Scharlach erkrankt, bereits in den ersten Tagen der Krankheit Diphtherie akquirierten, ließ sich die Hospitalinfektion ausschließen. Tritt zu einer primär diphtheritischen bezw. kruppösen Erkrankung Scharlach, so zeigt sich der Beginn der neuen Krankheit sogleich in einem Hinaufschnellen der Temperatur zu hohen Fiebergraden. In den leichten, unkomplizierten Fällen dieser Art tritt in einer, wie es scheint, typischen Weise, sehr schnell — zwar nicht ein kritischer Temperaturabfall ein, aber es zeigt sich die bei Scharlach für normal geltende Lysis bedeutend abgekürzt. Das Hinzutreten einer diphtheritischen Erkrankung zu Scharlach macht sich ebenfalls — wenn nicht noch stärkeres Fieber vorhanden ist — durch (meist mäßig hohe) Temperatursteigerung bemerkbar. Die Scharlachansteckung erfolgt bei primär diphtheriekranken Kindern meist nach kürzester Inkubationsfrist (Vergleich mit Operierten).

Die echten diphtheritischen Affektionen bei Scharlach bieten sehr häufig nicht den gewohnten charakteristischen Anblick der Pseudomembranen dar. Als echte diphtheritische Erkrankungen sind auch alle leichteren Beläge der Fauces, eingeschlossen die lakunären resp. follikulären Tonsillenaffektionen, zu betrachten, sobald bei ihnen echte Diphtheriebazillen in größerer Menge gefunden sind. Zur Identifizierung des Löfflerschen Bazillus muß die Anfertigung eines nativen Präparates und die Anlegung von Blutserumkulturen gefordert werden. Feststellung der Reaktion von Bouillonkulturen, sowie Tierversuche sind für wissenschaftliche Untersuchungen von großer Wichtigkeit, sind aber im allgemeinen, um Verwechslungen mit Pseudo-Diphtheriebazillen hintanzuhalten, unnötig, um so mehr, als nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse auch diese Untersuchungen bei negativem Ausfall nicht absolut beweisend sind. Heilserum soll bei allen Scharlachfällen eingespritzt werden, die klinisch als Diphtherie oder Krupp imponieren, und zwar ist das Resultat der bakteriologischen Untersuchung nicht abzuwarten. Bei den Scharlachfällen mit leichten (follikulären resp. lakunären oder linsen- bis erbsengroßen) Belägen kann, bevor man zur Heilseruminjektion schreitet, ruhig das Resultat der bakteriologischen Untersuchung abgewartet werden.

Mit Heilserum brauchen — ganz gleich, welcher Art die Beläge sind — diejenigen größeren Kinder nicht eingespritzt zu werden, welche gurgeln können. Über den Wert prophylaktischer Heilseruminjektion vermögen wir nicht zu urteilen, da solche in unserer Klinik nicht vorgenommen werden. Sie schützen — wie neue Veröffentlichungen zeigen — nicht absolut vor der Diphtherieinfektion. Es gibt bei Scharlach Fälle, die als echte Diphtherie resp. Krupp imponieren, bei denen aber nie Diphtheriebazillen gefunden werden können. Als Erreger kommen nicht nur Streptokokken (Pospischill), sondern auch anderen Mikroben in Betracht. Die Anwesenheit von Streptokokken in den diphtheritischen Belägen läßt nach unseren Befunden die Prognose nicht verschlechtern. Hecker.

Carlo Francioni, Beitrag zur Frage von den scharlachförmigen Exanthemen im Verlauf der Diphtherie. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1904.) Auf Grund eigner Arbeiten und der

Untersuchungen anderer sieht F. ein sicheres Unterscheidungsmerkmal der auf Serumgebrauch zurückzuführenden und der sonst im Verlauf der Diphtherie auftretenden Exantheme darin, daß bei den ersteren sich spezifische Antikörper im Blut nachweisen lassen. In 5 Fällen, die er auf der Diphtherieabteilung beobachtete, sprechen schon von vornherein eine Anzahl Umstände gegen die Entstehung des Exanthems infolge Serumgebrauchs: Das gleichzeitige Auftreten von Symptomen seitens des Rachens und Kehlkopfs, Dauer und Ausdehnung des Exanthems, reichliche Desquamation der Haut nach Abblassen desselben, das gleichzeitige für ein Kontagium sprechende Auftreten bei mehreren Kindern. In keinem dieser Fälle waren im Blut Präzipitine nachweisbar. In einem der Fälle wurde mit positivem Erfolg der Pharynx bakteriologisch auf Streptokokken untersucht. F.

R. P. van Calcar (Amsterdam), Über die Konstitution des Diphtheriegiftes. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 39.) C. gibt eine neue Methode zum Nachweis der Toxone an und gelangt aus Versuchen, die er ausführte, zu dem Schluß, daß im Diphtheriegift zwei verschiedene Giftsubstanzen im Sinne Ehrlichs vorhanden sind, Toxin und Toxon; beide unterscheiden sich durch ihre charakteristische pathogene Wirkung im Tierversuch und durch ihr Molekularvolumen, indem die Toxone ein größeres Molekularvolumen als die Toxine besitzen, das zwischen dem der Toxine und der Eiweißstoffe liegt. Grätzer.

E. P. Pick u. **J. Schwoner,** Beiträge zur Kenntnis des Diphtherieantitoxins und seiner Beziehungen zum Toxin. (Aus dem k. k. serotherapeutischen Institut in Wien.) (Wiener klin. klin. Wochenschrift. 1904. No. 40.) Die Verff. gelangten auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Es gibt Diphtherieimmunsera (hochwertige Sera), welche in überkompensierten Mischungen 40—50 % ihres Antitoxinwertes verlieren (toxolabile Antitoxine).
2. Unter gleichen Bedingungen behalten andere Diphtherie-Immunsera (minderwertige Sera) ihren Antitoxinwert nahezu vollständig bei (toxostabile Antitoxine).
3. Die Änderung des Antitoxingehaltes unter dem Einflusse des Toxins erfolgt nicht allmählich, sondern mit großer Reaktionsgeschwindigkeit.
4. Die gleiche Anzahl Immunitätseinheiten toxostabiler und toxolabiler Immunsera ergibt mit derselben Toxinmenge verschiedenwertige Mischungen.
5. Toxolabile Immunsera stellen nach partieller Absättigung mit Toxin toxostabile Antitoxinlösungen dar.
6. Neutrale in Multiplen hergestellte Mischungen von Toxin und toxolabilem Antitoxin bleiben stabil und lassen sich mit Hilfe präzipitierenden Immunserums in ihre Bestandteile nicht zerlegen.

Grätzer.

M. Ponticaccia, Über eine besondere Wirkung des Antidiphtherieserums. (La Pediatria. V. 1904.) Verf. hat im vorliegenden Fall beobachtet, daß nach Anwendung des Serums eine

Verschlimmerung eintrat, ohne daß eine Ausdehnung der diphtherischen Beläge zu konstatieren war; eine vorher vorhandene, sehr geringfügige Stenose der Larynx nahm plötzlich ungemein an Festigkeit zu. Verf. konnte konstatieren, daß die diphtherischen Membranen nach Einspritzung des Serums ein gelatinöses Aussehen bekommen hatten und dicker geworden waren. Er schreibt dies einer unter Wirkung der Serums entstandenen serösen Imbibition der Membranen zu; durch eine solche Durchtränkung der Membranen im Kehlkopf glaubt er auch die plötzliche Verschlimmerung der Larynxstenose erklären zu können. F.

J. Fels, Die Behandlung der Diphtherie und des Krupp mit und ohne Heilserum. (Przeglad lekarski. No. 40 u. 41. 1904.) 30 mit Diphtherieheilserum behandelten Fällen stellt Verf. 29 Fälle, bei denen keine Heilseruminjektion angewendet wurde, entgegen.

Von den erstgenannten endete bloß ein Fall letal; doch auch diesen will Verf. eliminiert wissen, da der Arzt erst am sechsten Krankheitstage zum erstenmal das an Diphtheritis und Krupp leidende 10monatliche Kind sah, und erst so spät die Injektion machen konnte. Bei den letztgenannten 29 Fällen waren 3 Todesfälle vorgekommen; also ein verhältnismäßig sehr geringer Prozentsatz (10,3 %), jedoch gibt Verf. selbst zu, daß es meistens sehr leichte Fälle waren oder die Krankheit betraf ältere Kinder und Erwachsene, oder schließlich war die Wendung zum Besseren schon bei der Ankunft des Arztes vorhanden, so daß für den endgültigen Vergleich das Wichtigste: das ist die möglichste Gleichartigkeit der Fälle, fehlt. Übrigens war Verf. stets darauf gefaßt, bei einer Wendung zum Schlimmeren das Heilserum injizieren zu müssen, was auch in 3 Fällen von Krupp geschah.

Interessant ist es, daß manche Eltern sich der Anwendung von Diphtherieheilserum entgegensetzten. Man sollte doch meinen, daß nach dem unglaublichen Siegeszug, den diese Behandlungsart mitmachte, kaum welche Personen sich im Notfalle der Anwendung dieses hervorragenden Mittels entziehen würden.

In solchen Fällen wendete Verf. Emetica, Inhalationen, Blutegel, eventuell Inspersionen von Natr. sozojodolicum an. Gabel (Lemberg).

Em. Willner (Neuern), Über einen Fall von Kehlkopfkrupp mit schwersten tracheostenotischen Erscheinungen. (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 35.) Der Fall betraf ein 21 Monate altes Kind und war deshalb besonders bemerkenswert, weil bereits im Verlaufe, bezw. kurz nach Ablauf des ersten Tages zwei Seruminjektionen vorgenommen wurden, am 2. und 3. Krankheitstage je eine Seruminjektion, trotzdem am vierten Krankheitstage die schwersten tracheostenotischen Erscheinungen eintraten, die das Leben des Kindes in hohem Maße bedrohten. Es schienen dann die Einreibungen mit Ung. ciner. in großen Dosen, die am 3. und 4. Tage vorgenommen wurden, von besonderem Einflusse auf die Lösung der Membranen gewesen zu sein, da 5—6 Stunden nach der energischen Einreibung, das erste Mal eine Besserung, das zweite Mal Heilung eintrat, wobei natürlich auch die Seruminjektionen das ihrige getan haben mögen.

Grätzer.

J. Comby (Paris), Paralysies diphthériques gueries par le Serum. (Archives de méd. des enf. No. 7. 1904.) Es sind bereits von mehreren Autoren Fälle veröffentlicht worden, in welchen diphtherische Lähmungen durch antidiphtherische Serumeinspritzungen geheilt wurden. Auch C. hat vier derartige Fälle beobachtet, und gibt die Krankengeschichte eines fünften ihm von Mandras mitgeteilten, in welchen verschiedenartige postdiphtheritische Lähmungen, meist schwerer Natur, durch Serumeinspritzungen auffallend günstig beeinflußt wurden. Er ist daher der Ansicht, daß bei allen derartig erkrankten Kindern eingespritzt werden soll, gleichgiltig, ob dieselben früher einer antidiphtheritischen Kur unterworfen worden waren oder nicht. Es ist nicht unmöglich, daß die Toxine der Diphtherie wochen- und auch monatelang im Körper zirkulieren und die Veranlassung zu verschiedenen Lähmungen geben, so daß die Wirkung der antidiphtherischen Serum auf diese Weise zu erklären war. C. hat das Rouxsche Serum in Dosen von 10—20 ccm benützt.

E. Toff (Braila).

Netter (Paris), Über die Behandlung der Diphtherie mit Kollargol. (Gesellschaft für Kinderheilkunde in Paris. Sitzung vom 21. Juni 1904.) Verf. hat alle im Jahre 1903 beobachteten Diphtheriefälle mit intravenösen Kollargoleinspritzungen oder mit Kollargoleinreibungen behandelt und gefunden, daß dieselben ein wertvolles Adjuvans der Serumbehandlung darstellen. In den leichteren Fällen erhalten die Kinder eine Einreibung gleich bei ihrem Eintritt ins Spital, in schwereren Fällen zwei und auch mehrere, während die intravenösen Einspritzungen für die ganz schweren Fälle reserviert werden. Seine Resultate sind folgende. Unter 586 Diphtheriefällen endeten mit Kollargolbehandlung 73 tötlich (12,4 %), während im Jahre 1901 515 Fälle eine Mortalität von 105 ergaben (20,24 %). Unter den malignen Fällen war in 1903 die Mortalität 26,3 % unter Kollargolbehandlung, während ohne dieselbe in einem früheren Jahre eine Mortalität von 45,5 % zu verzeichnen war. N. ist daher der Ansicht, daß das Kollargol in allen Fällen von Diphtherie angewendet werden soll.

E. Toff (Braila).

K. Justi (Honkong). Kollargolpinselungen bei Angina und Diphtherie. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 49.) J. pinselte 3 mal täglich mit 5 % wässriger Kollargollösung und sah bei Anginen und Diphtherie rasche Heilungen; die Membranen verschwanden auffallend schnell, manchmal schon nach einmaliger Bepinselung, und kehrten nicht wieder.

Grätzer.

Arth. Meyer, Über postdiphtheritische Nephritis. (Aus dem Hilda-Kinderhospital in Freiburg i. B.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 46.) M. teilt einen Fall mit, wo die Nephritis als echte Nachkrankheit auftrat, ein recht seltenes Ereignis. Es handelte sich um ein 6 jähriges Kind mit leichten diphtheritischen Erscheinungen. Der Urin wurde täglich untersucht, war aber immer frei von geformten Bestandteilen und von Eiweiß. Erst am 13. Tage, nachdem das Kind völlig hergestellt war und das Bett bereits verlassen hatte, setzte eine akute Nephritis ein. Diese auf Rechnung

der Seruminjektion zu setzen, geht kaum an, da eine so späte Reizwirkung nicht wahrscheinlich ist. Die Nephritis war zweifellos als Spätfolge des diphtheritischen Prozesses anzusehen. Solche Fälle kommen vielleicht öfter vor, werden aber nicht erkannt, weil im allgemeinen wohl, wenn die Diphtherie abgelaufen ist, Harnuntersuchungen nicht mehr vorgenommen werden. Wie dieser Fall lehrt, ist dies nicht richtig, es sind vielmehr auch noch längere Zeit nach Verschwinden der diphtheritischen Krankheitserscheinungen Harnuntersuchungen zu machen. Grätzer.

B. Czerno-Schwarz, Die Bedeutung der bakteriologischen Methode für die Diphtheriediagnose. (Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 39, Heft 1—3.) Der Standpunkt des Verf. in dieser viel umstrittenen Frage ist der, daß das negative Ergebnis einer wiederholten Untersuchung auf die Anwesenheit von Löfflerschen Bazillen von unzweifelhaftem und unbedingtem Wert ist. Mittels der bakteriologischen Methode ist der strikte Nachweis gelungen, daß membranöse Anginen, Laryngitiden und Krupp auch nicht diphtheritischen Ursprunges sein können. Unter anderem beobachtete Verf. 7 Fälle von Larynxstenose bei reinem Rachen, wo wiederholt vorgenommene Untersuchungen das Vorhandensein von Löfflerschen Bazillen nicht ergaben.

Ebenso unzweifelhaft ist nach der Überzeugung des Verf. die Bedeutung eines positiven Ergebnisses der bakteriologischen Untersuchung, wenn auch das klinische Bild zugunsten von Diphtherie spricht. Mit Schabad stimmt Verf. darin überein, daß es heutzutage wohl kaum jemand einfallen wird, an dem diphtheritischen Charakter einer membranösen Angina zu zweifeln, wenn die bakteriologische Untersuchung die Anwesenheit von Löfflerschen Bazillen in den Membranen nachweist. Dafür liefert uns die bakteriologische Methode in allen denjenigen Fällen, wo das klinische Bild mit den positiven Ergebnissen der Untersuchung auf Löfflersche Bazillen im Widerspruch steht oder aus diesem oder jenem Grunde zu Zweifeln Anlaß gibt, keine sichere Handhabe für die Diagnose. In allen diesen Fällen müssen wir auf eine Diagnose verzichten, bis die bakteriologische Diagnostik ein neues sicheres Verfahren ausarbeiten wird, welches nicht nur die Frage nach dem Vorhandensein der Löfflerschen Bazillen, sondern auch die nach der Vergiftung des Organismus mit Diphtherietoxin zu entscheiden gestatten wird. Hecker.

Alb. Uffenheimer, Beiträge zur Klinik und Bakteriologie der Angina ulcerosa-membranacea. (Aus der kgl. Universitäts-Kinderklinik und dem Hygien. Institut der Universität München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 27 u. 28.) Es wurden fünf typische Fälle beobachtet. In den ersten beiden konnte die Krankheit erst nach Vornahme der bakteriologischen Untersuchung erkannt werden, in den drei letzten Fällen wurde sofort die richtige Diagnose gestellt, die dann durch das bakteriologische Präparat ihre Bestätigung fand. Die ersten beiden Fälle waren als Diphtherien aufgenommen worden; der Belag war in beiden pseudomembranös, die Ulzeration griff nicht stark in die Tiefe und wurde erst dann deut-

licher bemerkbar, als die Beläge im Verschwinden waren. Ganz anders verhielten sich die drei letzten Fälle, von welchen U., da sie alle ziemlich das gleiche Bild boten, den einen genauer schildert. Bemerkenswert waren speziell die Dauer des Leidens, sowie der sehr auffällige Foetor ex ore; über größere Beschwerden wurde in keinem der 3 Fälle geklagt.

Bei der Angina Vincenti werden bekanntlich gleichzeitig zwei Bakterien gefunden: der Bacillus fusiformis und die Spirochäte. Nun hat U. noch 3 Fälle beobachtet, wo sich der gleiche Befund ergab, ohne daß es sich um die typische Angina ulcerosa-membranacea handelte. In dem einen Falle z. B. trat eine typische lakunäre Scharlachangina auf, in deren Ausschwitzungen schon am 1. Tage mäßig reichlich die fusiformen Bazillen und die Spirochäten zu finden waren; es scheint wohl, daß die bereits erkrankte Tonsille ein gutes Nährsubstrat für diese Mikroben bildete, so daß sie imstande waren, dort die ulzerösen Veränderungen hervorzubringen und weiterhin noch eine gleiche Wirkung auch auf die Wangenschleimhaut auszuüben. Eine anderer Fall (ebenfalls Scharlachangina) zeigte, daß die Fusiformes in Symbiose mit den Spirochäten, selbst wenn sie bei einer Halsaffektion in großer Anzahl gefunden werden, doch nur eine ganz vorübergehende Erscheinung sein können, und daß man aus ihrem einmaligen Auffinden keinerlei Schlüsse ziehen darf, ohne den klinischen Befund genauestens zu berücksichtigen. Übrigens wurden auch in einer ganzen Anzahl von lakunären Anginen und echten Diphtherien Exemplare des Bacillus fusiformis in geringer Menge angetroffen, hier und da auch Spirochäten; in all diesen Fällen konnte man niemals die Ansicht haben, daß die Mikroben ätiologisch irgendwie an den vorliegenden Prozessen beteiligt waren. Auch in dem fötiden Sekret einer Otitis media perforativa entdeckte einmal U. eine große Anzahl von Spirillen. Der Befund ist nicht überraschend, wenn man bedenkt, daß in obigen Fällen von Angina ulc.-membr. das Verschwinden des Geruchs zeitlich zusammenfiel mit dem Verschwinden der Spirochäten; letztere werden es wohl sein, welche jenen Geruch veranlassen.

U. bemühte sich, die beiden Mikrobienarten in Reinkultur zu gewinnen. Es gelang nicht; aber beim Bacillus fusiformis hat U. wenigstens eine Methode gefunden, mit der es ihm regelmäßig glückte, ihn in großer Menge anzureichern.

Auch betreffs der Infektiosität der Angina ulc.-membr. stellte U. Untersuchungen an. Klinisch ist bisher kein einwandsfreier Fall von direkter Übertragung des Leidens beobachtet worden. U. machte an sich selbst und einer anderen Person Übertragungsversuche, indem er den Inhalt von Platinösen, direkt entnommen dem Tonsillenbelag von Pat., in die eigenen Tonsillen einrieb. Erfolg negativ. Auch intraperitoneale Injektionen bei Tieren hatten nur negative Ergebnisse.

Grätzer.

A. de Montigny, Etude clinique sur la galadie de Vincent. (Inaugural-Dissertation. Paris. 1904.) Die von Vincent im Jahre 1898 beschriebene Krankheit stellt sich unter der Form einer ulcero-membranösen Angina dar, welche, wenn auch selten, sowohl

Erwachsene als auch Kinder befallen kann. Die Diagnose ist schwierig infolge der großen Ähnlichkeit mit Diphtherie und kann nur auf Grund der bakteriologischen Untersuchung gestellt werden, welche das Vorhandensein der für diese Krankheit charakteristischen Symbiose zweier Mikrobenarten, eines spindelförmigen Bazillus und eines Spirillus, ergibt. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, da die Krankheit ohne Komplikationen gewöhnlich in etwa 15 Tagen ausheilt. In seltenen Fällen sind Abszesse, Erytheme und Gelenkserkrankungen beobachtet worden. Wegen der Ansteckungsgefahr sollen die betreffenden Kranken strenge isoliert werden und eine Desinfektion der mit ihnen in Berührung gekommenen Gegenstände, des Auswurfes usw. vorgenommen werden.

Als Behandlung wurden empfohlen: Gurgelungen mit Kali chloricum 4 $^0/_0$, Pinselungen mit Formolglyzerin, Aqua oxygenata, Chloral 1 $^0/_0$ usw., doch erhält man die besten Resultate durch Pinselungen mit reiner Jodtinktur und Anwendung von Methylenblau in Pulverform direkt auf das Geschwür. Moizard empfiehlt Betupfungen mit Chlorkalk 2—3mal täglich, außerdem häufige Waschungen der Mundhöhle.

E. Toff (Braila).

Moizard et **Grenet,** Sur la stomatite et l'angine ulcéreuse. (Archives de méd. des enf. No. 10. 1904.) Nach den Beobachtungen der Verf. und gemäß den Schlüssen von Lacoarret, Lesueur, Niclot und Marotte kann man die Angina von Vincent und die ulzeröse Stomatitis als identisch ansehen, doch gehören hierher nicht alle mit Ulzerationen einhergehenden Anginen oder Stomatitiden, sondern nur jene, welche meist einseitige, graubelegte, mit nicht infiltrierten Rändern versehene Geschwüre darbieten. Gleichzeitig besteht Schwellung der submaxillaren Drüsen und eine gewisse Fötidität des Atems.

Auch die Verf. haben in ihren Fällen von Stomatitis und ulzeröser Angina die von Vincent hervorgehobene Symbiose des Spirillus mit Bacillus fusiformis feststellen können, doch sind dieselben der Ansicht, daß man heute die Spezifizität derselben noch nicht mit Sicherheit behaupten kann.

Die Verwandtschaft beider Zustände wird auch durch die gleich gute Reaktion auf die eingeleitete Behandlung, bestehend in Bepinselungen mit Jodtinktur, Methylenblau und namentlich Chlorkalk, sowie Einnahme von Chlornatrium, welch letzteres schon von Bergeron empfohlen worden ist, dargelegt.

E. Toff (Braila).

Samuel Amberg, Sublingual growths in Children. (American Journal to the Medical Sciences. August 1904.) Bericht über einen Fall von Riga'scher Krankheit bei einem Säugling. Das Gewächs wurde operativ entfernt. Diese eigentümliche Affektion trägt verschiedene Namen: Rigasche oder auch Fedesche Krankheit, Produzione sottolinguale, afta cachettica usw. Sie ist charakterisiert durch das Auftreten eines Geschwürs am Frenulum linguae bei Säuglingen, in der Regel verbunden mit Kachexie. An Stelle des anfänglichen Geschwürs kommt es später zu einem kleinen Gewächs, höchst wahrscheinlich entzündlicher Natur. Der Verlauf ist oft ein letaler,

was aber wohl der Kachexie zuzuschreiben ist, denn der kleine Tumor an sich scheint harmlos genug zu sein.

Die Krankheit ist heimisch in Italien und befällt meist Kinder im Alter zwischen 3 Monaten und 2 Jahren.

Die beste Behandlung besteht in Exzision.

Leo Jacobi (New York).

Olimpio Cozzolino, Über einen Fall von Rigascher Krankheit mit histologischem Befund. (La Pediatria. Juli 1904.) Verf. hat einen Fall in seinem Anfangsstadium beobachtet, wo noch keine Ulzerationen und dergleichen bestanden. Der Tumor, der ungefähr die Größe einer Erbse hatte, wurde mit der Schere entfernt und mikroskopisch untersucht. Es ergab sich das histologische Bild eines Fibroms, in dem eosinophile Zellen völlig fehlen. Diese treten nach der Vermutung des Verf.s erst dann auf, wenn infolge Geschwürsbildung Destruktions- und Regenerationsvorgänge im Epithel sich zeigen. F.

Nicola Fedele. Über die „produzione sottolinguale" oder Riga sche Krankheit. (La Pediatria. Januar 1904.) Verf. berichtet über zwei weitere Fälle jener in Italien als „produzione sottolinguale" bekannten Bildung eines kleinen Tumors unter der Zunge bei Säuglingen. Er kommt auf Grund seiner Erwägungen dazu, sich der Ansicht anzuschließen, daß die „produzione sottolinguale" immer auf mechanische Ursache zurückzuführen ist und auf einer traumatischen Reizung durch die beiden unteren mittleren Schneidezähne beruht. In den Fällen des Verf.s führte Abtragung des Tumors und nachträgliche Ätzung mit dem Galvanokauter, sowie Extraktion der beiden Zähne zur Heilung. F.

Emilio Megnier, Über einen neuen Fall von „produzione sottolinguale" mit zahlreichen eosinophilen Zellen im Tumor. (Rivista di Clinica Pediatrica. II. 1904.) Verf. hat in einem ihm zur Beobachtung kommenden Fall von „produzione sottolinguale" in Hinblick auf die von anderer Seite betonte Wichtigkeit der eosinophilen Zellen für die Erklärung der Pathogenese dieser sublingualen Tumoren besonders auf eosinophile Zellen untersucht und fand einen großen Reichtum an solchen. F.

Domenico Cappuccio, Zur Entstehung der Rigaschen Krankheit. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1904.) Verf. räumt der Guidaschen Annahme, daß es sich bei der Rigaschen Krankheit um eine rein mechanisch durch die Reibung des Frenulum an den Rand der Schneidezähne oder der Alveole bedingtes Trauma handele, eine gewisse Berechtigung ein, erklärt sie aber nicht für allein ausreichend, da derselbe Umstand bei Tausenden von Kindern zutreffe, ohne zur Entstehung der Krankheit Anlaß zu geben. Es muß in jedem Falle noch ein lokaler entzündlicher Prozeß, sei er auch flüchtiger Art, hinzukommen, um das Frenulum zu einer leichten Verletzbarkeit vorzubereiten. F.

A. Munteanu (Bukarest), Ein neuer Vorgang zur Erhaltung der Naht in der Operation der Hasenscharte. (Spitalul. No. 14. 1904.) Der mit zwei photographischen Abbildungen ausgestattete

Aufsatz gibt eine Beschreibung der an der Abteilung von Mamulea üblichen Operationsmethode der Hasenscharte. Es wird vor allem eine Aseptisierung der Mundhöhle durch vorhergehende, oftmalige Waschungen mit 4 % Borsäurelösung angestrebt. Nach vorgenommener Operation ist das wichtigste die Verhütung des Einschneidens der Nähte, da hierdurch in den meisten Fällen die operativen Resultate zu nichte gemacht werden. Um also die Teile möglichst ruhig zu stellen und einander zu nähern, werden an jeder Wangenseite, vor dem Ohre je ein Gazestreifen mit Kollodium befestigt und unter der Nase, über der Lippenmitte geknotet. Außerdem wird die Ernährung des betreffenden Kindes durch eine Nélatonsche Sonde vorgenommen. E. Toff (Braila).

M. E. Gellé, A propos de deux cas de macroglossie. (L'Écho Médical du Nord. No. 405.) Verf. bespricht zunächst die verschiedenen Formen der Makroglossie; 1. die lymphatische, 2. die muskuläre oder teleangiektatische. Er hatte Gelegenheit zwei Fälle von Makroglossie histologisch zu untersuchen und zwar 1. das Fragment einer solchen (ungefähr $^2/_3$ des erkrankten Organes) und 2. die ganze Zunge von einem zweijährigen Kinde.

Es folgt eine ausführliche pathologisch-histologische Beschreibung der Organe mit Anführung eines weiteren Falles (beschrieben von Dr. Camus). German (Göttingen).

C. Springer, Zur chirurgischen Behandlung der Noma. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 60. Heft IV.) Verf. hatte Gelegenheit, einen 25 Monate alten Knaben mit Noma nach Masern glücklich zu operieren. In seinem Bericht darüber berechnet er die Mortalität an den 23 in den letzten 16 Jahren im Prager Kinderspitale zur Aufnahme gekommenen Nomafällen: von den 16 operierten starben 14 = 87,5 %, von den 7 nicht operierten Kindern starben alle = 100 %. Die Durchschnittsmortalität der Noma schätzt Verf. auf Grund einer Reihe von Einzelbeobachtungen anderer Autoren auf 92 %. Es ist also eine Seltenheit, einen Nomafall genesen zu sehen. Mit v. Ranke hält Verf. die möglichst frühzeitige radikale Operation, bestehend in der Umschneidung des Gangränherdes mittels Thermokauters im Gesunden für die rationellste Therapie. Aber auch diese kann nur in einzelnen Fällen Rettung bringen, in den übrigen erfolgt der Tod ebenso oft durch Komplikationen, meist durch septische Pneumonien, wie durch Rezidivieren der Gangrän. Immerhin ist der Einfluß der Operation bei größerem Material auch statistisch als ein günstiger nachweisbar, und es erscheint dieselbe daher in jedem angängigen Falle indiziert, angesichts der Ohnmacht medikamentöser Therapie und der sonst letalen Prognose der Noma.

Am häufigsten von allen Krankheiten figurierten in der Vorgeschichte der Nomaerkrankten die Masern, und zwar in 8 Fällen, sonst schloß sich die Noma an Typhus einmal, Scharlach zweimal, Pocken dreimal, Pertussis und Pneumonie je zweimal, allgemeine Tuberkulose einmal, Rachitis mit Bronchitis einmal, unbestimmte fieberhafte Erkrankungen zweimal an; einmal soll sie sich direkt aus einer Stomatitis entwickelt haben.

Das Alter der befallenen Kinder schwankte von 1 bis 9 Jahren, am meisten erkrankten Kinder von 2 bis 4 Jahren; in bezug auf das Geschlecht bestand kein wesentlicher Unterschied, auch im Verlaufe ließ sich weder aus dem Alter noch aus dem Geschlechte ein Unterschied ableiten. Alle Kinder stammten aus den armen Volksklassen. Familiäre Häufung von Noma oder Ansteckung von Fall zu Fall wurde nicht beobachtet. Die bakteriologischen Untersuchungen ergaben nichts Positives, nur Kulturen von Strepto- und Staphylokokken. Als auffallend bezeichnet Verf., daß fast alle Kinder, die er an Noma erkranken sah, starke kariöse Zähne hatten. Hecker.

Alexander Baurowicz, Beitrag zur operativen Entfernung der Tonsilla pharyngea. (Przeglad lekarski. No. 43. 1904.) Verf. hebt die Vorzüge des Schütz-Passowschen Pharynxtonsillotoms hervor und betont, daß der operative Eingriff mit oben erwähntem Instrument sich durch Raschheit, minimale Schmerzhaftigkeit, unbedeutende Blutung, dabei aber durch Einfachheit, Eleganz und Sicherheit auszeichnet. Der einzige Nachteil wäre bloß der, daß man seitlich, also speziell an der Einmündungsstelle der Tuba Eustachii gelegene adenoide Vegetationen mit diesem Pharynxtonsillotom nicht entfernen kann. Der Gefahr, daß das Messer eventuell brechen kann, begegnet man durch stete und genaue Kontrolle des Instrumentes; beim Stumpfwerden ist es nicht ratsam, das Messer schärfen zu lassen, weil es zugleich schwächer wird, sondern am besten wird es durch ein neues ersetzt.

Der Eingriff selbst wird meistens in Lokalanästhesie ausgeführt, ausgenommen Kinder bis zu fünf Jahren, bei denen wegen Intoxikationsgefahr kein Kokain verwendet wird. Die Blutung ist im Vergleich zu der bei Anwendung anderer Methoden auftretenden minimal; nach der Operation wird der ganze Kopf nach vorn gebeugt, und öfters Nasenatmen empfohlen, was günstig auf die Blutstillung einwirkt.

Bei gleichzeitiger bestehender Mandelhypertrophie wird die Entfernung beider hypertrophierter Gebilde niemals in einer Sitzung vorgenommen, und wenn der Zugang zur Nasenrachenhöhle durch die hypertrophierten Mandeln verlegt ist, werden dieselben zuerst, sonst aber bloß die hypertrophierte Tonsilla pharyngea entfernt, durch welch letzteren Eingriff sich in vielen Fällen das Ausschneiden der Mandeln überflüssig erweist. — Nicht immer jedoch nach Entfernung der Hindernisse, stellt sich das nasale Atmen ein; in diesen Fällen muß man die Pat. zwingen die Nase zum Atmen zu gebrauchen, zu welchem Zwecke Verf. das Anlegen einer Kinnbinde nach Jul. Vei's Vorschlag, insbesondere nachts anrät. Gabel (Lemberg).

Henrici, Die Amputation der hypertrophischen Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge. (Aus der Universitäts-Ohren- und Kehlkopfklinik zu Rostock.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. Nr. 14.) Die Anwendung der kalten Schlinge, mit der in der letzten Zeit ausschließlich vorgegangen wurde, bezeichnet H. als ideale. Es wurde der Krausesche Polypenschnürer benutzt, wie er für die Entfernung von Nasenpolypen oder der hinteren Hypertrophien der unteren

Nasenmuscheln angewandt wird, aber mit geradem Ansatzrohr. Das Führungsrohr muß kräftig gebaut sein und besonders seine vordere Öffnung verstärkt und abgerundet sein, damit der mit ziemlicher Kraft angezogene Draht nicht in das Metall einschneidet und umgekehrt auch nicht von dem scharfen Öffnungsrande des Rohres durchschnitten wird.[1]) Dieses Instrument besitzt nur Vorzüge. Es ist einfach und handlich, eine Schlinge paßt für alle Mandelgrößen, man braucht nicht darauf zu achten, ob es sich um die rechte oder linke Mandel handelt, die Mandel läßt sich ausgezeichnet fassen, die Operation macht fast gar keine Schmerzen und ganz geringe Blutung. Es ist zweckmäßig, beim Anlegen der Schlinge zuerst das untere Ende der Mandel in die Schlinge zu bringen, dann diese umzulegen und das Ende des Rohres in die Nische oben zwischen beiden Gaumenbögen zu drücken. Das Durchschneiden der Mandel erfordert meist, namentlich bei Erwachsenen, einige Kraft; man hat dazu oft beide Hände nötig. Zuerst zieht man, so fest es geht, mit der rechten Hand die Schlinge zu und hilft dann mit der linken, die beim Anlegen der Schlinge den Zungenspatel führte, in kräftigem Zuge nach. Bei Kindern gelingt die Amputation so stets leicht. Man muß aber stets darauf achten, daß beim Herrichten die Schlinge immer etwas kürzer bleibt, als der zum Zuschnüren gelassene Spielraum am Griff des Instrumentes, da sonst ja ein Hineinziehen des Drahtes in das Führungsrohr und damit ein Abschneiden der Tonsille unmöglich wird. Dann ist für gute Befestigung der Drahtenden zu sorgen. Die am Instrumente angebrachte Schraube, welche den Draht fixieren soll, genügt absolut nicht. Man muß die Drahtenden hinter ihrem Austritt aus dem gleitenden Teile des Handgriffs scharf umknicken, dann am besten noch untereinander fest verflechten und um den Fuß eines der am Schlitten befindlichen Fingerringe winden. Zur Schlinge benutzt H. einen ziemlich weichen Stahldraht (von Schleuse & Hoff, Rostock; Ring von 1 kg zu M. 5,50). Grätzer.

Moizard, Denis et **Rabé,** Les tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. No. 8. 1904.) Bösartige Geschwülste sind selten in der Kindheit, auch sind sie meist viszeral, während die Lokalisation an den Tonsillen zu den sehr seltenen gerechnet werden muß. Charakteristisch für diese Geschwülste ist der rasche Verlauf, so daß dieselben in wenigen Monaten zum Tode führen. Der von den Verfassern beobachtete Fall betraf einen 9jährigen Knaben, welcher eine Hypertrophie der linken Mandel darbot, während die rechte normal erschien. Dabei war die Stimme näselnd, doch bestanden keine Schmerzen und das Schlucken war kaum gestört. Die Geschwulst war rund, glatt, rot, mit vaskularisierter Oberfläche und nicht ulzeriert. Dieselbe zeigte eine deutliche Resistenz, war elastisch aber schmerzlos. Unter den Augen der Verf. wuchs der Tumor rasch zu bedeutender Größe heran, namentlich nachdem ein Inzisionsversuch gemacht wurde, derart, daß die Respiration erheblich gehindert wurde und man sich, um das Leben zu

[1]) Zu beziehen durch Détert, Berlin N.W., Karlstr. 9 (M. 10,50).

verlängern, zur Operation entschloß. Dieselbe wurde auch unter breiter Eröffnung vorgenommen, die Heilung ging glatt von statten, der Allgemeinzustand wurde ein recht guter, doch trat fünf Wochen später Rezidive auf, welche enormen Umfang annahm, sich auf Wangen, Zahnfleisch, Rachen, Gaumen und Mittelohr erstreckte, und durch Entkräftung, Schluck- und Atmungsbehinderung zum Tode führte. Der ganze Zustand hatte 6 Monate gedauert.

Die Autopsie und die Untersuchung des operativ entfernten Tumors zeigte das Vorhandensein eines kleinzelligen Rundzellensarkoms. In der Literatur sind nur 15 Fälle von Sarkom oder Lymphadenom der Tonsillen bei Kindern veröffentlicht, von denen drei nicht ganz sicher sind, so daß nur 12 zweifellose Fälle bleiben. Von diesen wurden nur fünf operativ behandelt, doch waren die Resultate ungünstige, da immer sehr spät zur Operation gegriffen wurde. Möglicherweise würde ein frühzeitiges Erkennen und Operieren von gutem Erfolg begleitet sein. E. Toff (Braila).

J. F. Fischer (Däne), Die von adenoiden Vegetationen hervorgerufenen ferneren Symptome. Die direkt hervorgerufenen Symptome hat der Verf. früher beschrieben. Das Material umfaßt 500 mit Adenotomie in der Klinik des Kommunehospitals behandelte Fälle. 10,6 $^0/_0$ der Pat. hatten Nasenblutungen, die nach der Meinung des Verf.s oft von den Vegetationen durch eine venöse Stauung verursacht werden. Enuresis trat häufig auf, speziell in Fällen mit Nasalstenose, und wurde sehr oft durch die Adenotomie geheilt. An Cephalalgie litten 44 $^0/_0$, speziell bei den Pat. mit Nasalstenose. Aprosexie fand er bei 35,8 $^0/_0$ (Schwerhörigkeit und Anämie spielen hier nebst der Nasalstenose eine Rolle). 18 Pat. stotterten, 3 litten an Aussprachefehlern. Geringe körperliche Entwickelung war oft, mangelhafte geistige Entwicklung ab und zu vorhanden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 2. November 1904.

Paul Marcuse: **Ein Fall von Mikuliczscher Krankheit (symmetrische Anschwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüse).**

Erlauben Sie mir, Ihnen diesen 11 jährigen Knaben vorzustellen, der seit 3 Monaten an dem seltenen und eigenartigen Leiden krank ist, welches Mikulicz im Jahre 1892 zuerst als ein typisches, scharf umschriebenes Krankheitsbild aufgestellt hat und das daher den Namen der Mikuliczschen Krankheit führt.

Das Leiden ist charakterisiert durch das Auftreten einer auffälligen, symmetrischen Anschwellung der Tränen- und der Mundspeicheldrüsen.

Wenn Sie den Knaben hier gütigst beachten wollen, so fällt Ihnen wohl schon von weitem die eigentümliche Konfiguration der oberen Augenlider, sowie das Hervortreten der Parotisgegenden auf, durch das dem Gesicht des Knaben

ein so eigenartiger, man möchte sagen, behäbiger Ausdruck verliehen wird. Bei der Betastung der auf die Lidspalten etwas herabhängenden oberen Augenlider fühlt man unter dem lateralen Rande der Orbita beiderseits die Tränendrüsen als etwa bohnengroße Tumoren, die man sich durch Emporheben der Lider unter der Umschlagsfalte der Conjunctiva auch leicht sichtbar machen kann.

Die Parotiden sind beiderseits in Tumoren verwandelt, die linke kleinhühnereigroß, die rechte jetzt etwas kleiner, während sie vor 6 Wochen noch ebenso groß wie die rechte war. Während nun bei der Parotitis epidemica, dem Mumps, die Anschwellung der Ohrspeicheldrüse diffus in die Umgebung übergeht, hält sich die Geschwulst hier streng an die Drüsenkonturen, fühlt sich ziemlich derb an, ist an der Oberfläche deutlich gelappt, auf der Unterlage frei verschieblich und mit der Haut nicht verwachsen. Sie tritt reliefartig aus der normalen Umgebung hervor.

Wie Sie sehen und fühlen können, sind auch beide Glandulae submaxillares in Tumoren von etwa Walnußgröße verwandelt, Tumoren von gleicher Beschaffenheit, wie die der Parotis. Und auch die Glandulae sublinguales treten beim Aufheben der Zunge als etwa taubeneigroße Geschwülstchen deutlich hervor. Ja, um das Symptomenbild recht vollständig zu machen, lassen sich beim Betasten der Wangen von innen und aussen auch die akzessorischen Parotiden als haselnußgroße Tumoren in unzweideutiger Weise durchfühlen, wie man auch im Verlauf des Stensonschen Ganges beiderseits längs desselben kleine, acinöse, normalerweise nicht fühlbare Drüschen zwischen den Fingerspitzen ertasten kann. Schließlich zeigt es sich, daß sogar die unter der Zungenspitze gelegene Blanden-Nuhnsche Drüse auf der linken Seite einen erbsengroßen Tumor bildet — kurz, es sind eben alle nach dem Typus der Speicheldrüsen gebauten Drüsen am Kopfe von der Erkrankung befallen. Das Pankreas dagegen, die Milz und die regionären Lymphdrüsen konnte ich nicht in erkennbarer Weise als vergrößert feststellen.

Aber, meine Herren, nicht nur in ihrer Form, sondern auch in ihrer Funktion sind die Tränen- und Speicheldrüsen alteriert. Infolge der mangelnden Tränenabsonderung ist die Conjunctiva beiderseits injiziert, entzündlich gerötet. Wie gering aber die sekretorische Tätigkeit der Tränendrüse ist, mögen Sie daran erkennen, daß es auch durch Vorhalten stärkster Reizmittel, Liq. amm. caustici und einer frisch zerriebenen Zwiebel, nicht gelingt, eine irgendwie nennenswerte Tränenabsonderung zu erzielen. Der Junge hat auch seit Monaten nicht geweint.

In gleicher Weise ist die Speichelsekretion reduziert. Sie ist jetzt ein wenig besser, als vor ca. 6 Wochen. Damals gelang es mir, in 24 Stunden kaum einige Kubikzentimeter (ein halbes Schnapsgläschen voll) Speichel zu gewinnen. Sie können aber auch jetzt noch, wenn der Kranke die Zunge herausstreckt, sehen, daß sie trocken, tief dunkelrot, wie lackiert aussieht und ebenso die Mundschleimhaut. Der Speichel erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als sehr reich an Bakterien und besonders an Hefezellen; auch chemisch ist er verändert: die Reaktion auf Rhodankalium fällt negativ aus.

Durch die überaus große Trockenheit im Munde ist die Nahrungsaufnahme etwas erschwert: der Knabe muß zu jeder Mahlzeit reichlich Flüssigkeit zu sich nehmen; sonst aber scheinen wesentliche Störungen in der Ernährung und im Stoffwechsel nicht zu bestehen. Das Körpergewicht des Patienten ist während der dreimonatlichen Dauer der Krankheit nicht heruntergegangen. Der Harn ist frei von Eiweiß und frei von Zucker. Auch alimentäre Glykosurie scheint nicht zu bestehen. Wenigstens konnte ich nach Verabfolgung relativ großer Mengen von Kohlehydrate Zucker im Urin nicht nachweisen.

Von allergrößter Wichtigkeit ist die Untersuchung des Blutes bei der Mikuliczschen Krankheit. Finden sich doch unter den wenigen in der Litteratur beschriebenen Fällen dieses Leidens zwei, bei denen sie den Ausgangspunkt einer typischen Leukämie bildete.

Bei diesem Knaben hat die von mir unter der Anleitung des Kollegen C. S. Engel in dessen Laboratorium vorgenommene Blutuntersuchung durchaus normale Verhältnisse ergeben.

Die Zahl der roten Blutkörperchen beträgt 5 Mill., die der weißen 6—7000, also keine Vermehrung. Das spez. Gewicht (nach Hammerschlag) 1060; Hämoglobin 85 %. Es besteht also eine leichte Chlorose. Die roten Blutkörperchen sind von normaler Gestalt. Die weißen zeigen auch in ihrem relativen Verhältnisse keinerlei Abweichung von der Norm, nämlich 63 % polynukleäre

neutrophile, 6 % eosinophile, 24 % Lymphozyten, 8 % große mononukleäre. — Viele Blutplättchen. Keine abnormen Zellen.

Die Pathogenese dieser merkwürdigen Krankheit ist eine ziemlich dunkle. Dieser Knabe erkrankte vor 3 Monaten in einer Sommerfrische der Mark angeblich ohne Fieber mit leicht ziehenden Schmerzen im Nacken. Nach einigen Tagen bemerkte er die langsam zunehmende Entstellung des Gesichts. Ich hielt die Krankheit anfangs für einen einfachen Ziegenpeter. Aber auch jetzt noch möchte ich an die infektiöse Natur der Erkrankung glauben. Man könnte sie als eine Art chronischen Mumps der Speichel- und Tränendrüse auffassen. (Die Hoden sind intakt.) Was schließlich die Therapie anbelangt, so sind Arsen und Jodkali angeblich mit gutem Erfolg angewendet worden. In hartnäckigen Fällen hat sich die chirurgische Entfernung der Submaxillardrüsentumoren, wie es den Anschein hat, bewährt. Es sollen nach diesem operativen Eingriff auch die anderen Drüsengeschwülste sich langsam zurückgebildet haben. Mir kommt es vor, als ob unter der von mir seit ca. 6 Wochen durchgeführten Massagebehandlung die Drüsen, besonders die Parotiden, sich verkleinert haben und auch die Speichelsekretion wieder anfinge, etwas reichlicher zu werden.

Ich werde den Kranken weiter beobachten.

Koch: **Extraktion eines Fremdkörpers aus einem Bronchus zweiter Ordnung mit Hilfe des Kilianschen Bronchoskops.**

Die Erfolge der Kilianschen Bronchoskopie sind bereits recht bedeutend. Es sind ungefähr 46 Fälle veröffentlicht, die aber alle aus Süddeutschland stammen. Soviel ich weiss, ist in Berlin noch kein Fall mit Erfolg behandelt. Ich erlaube mir, Ihnen diesen Fall vorzustellen, der folgende Anamnese hat.

Der Junge ist bis zum zweiten Jahre gesund gewesen, hat dann eine Lungenentzündung durchgemacht und war darauf bis zum Einsetzen seiner Erkrankung am 17. Juni vollkommen gesund. Am 17. Juni erkrankte er plötzlich derart, daß er beim Spielen mit einer Federpose, die er zwischen den Zähnen hatte — es ist das Mundstück einer Papierzigarettenspitze gewesen, durch die er die Luft hin- und herblies —, plötzlich einen starken Hustenanfall bekam: die Federpose war verschwunden. Die erschreckten Eltern brachten das Kind sofort zu einem Arzt. Dieser überwies es einem Krankenhause. Am nächsten Morgen wurde das Kind wieder aus dem Krankenhause herausgenommen, weil der Hustenparoxysmus nachgelassen hatte und die augenblickliche Gefahr vorüber schien. Es kam in die Universitäts-Kinderpoliklinik der Königl. Charité. Hier wurde nun zwar sofort die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Fremdkörper in der Lunge, gestellt, doch konnte eine diphtheritische Kehlkopfstenose nicht ausgeschlossen werden, weil der Junge neben leichten Einziehungen auch noch einen deutlichen Krupphusten hatte. Es wurde zur Sicherung der Diagnose eine spezialistische Untersuchung des Kehlkopfes herbeigeführt, die insofern negativ ausfiel, als bis zur Bifurkation herunter nichts von Fremdkörpern in den Bronchien gesehen werden konnte. Fast unmittelbar im Anschluß an diese Untersuchung bekam der Junge einen plötzlichen neuen Erstickungsanfall, der die sofortige Tracheotomie notwendig machte. Von der Tracheotomiewunde aus wurde die Trachea herunter zu beleuchten versucht und blind mit Instrumenten hineingegangen, um eventuell den Fremdkörper zu fassen. Alle diese Versuche führten zu keinem Ziele. Dagegen wurden einige fibrinöse Membranen ausgehustet, deren Untersuchung auf Diphtheriebazillen jedoch negativ blieb. Nach 5 Tagen wurde der Junge dekanuliert. Die Trachealwunde schloß sich ganz ohne weitere Erscheinungen. Nach und nach stellte sich eine leichte geringe Dämpfung rechts hinten unten ein. Über dieser gedämpften Partie war das Atemgeräusch abgeschwächt und von Rasselgeräuschen begleitet. Das Kind wurde in der Poliklinik vom 3. Juli an weiter beobachtet. Der Lungenbefund blieb derselbe, nur stellte sich mit der Zeit putrider Auswurf ein.

Inzwischen hatte ich auf Anregung des Herrn Geheimrat Heubner mich mit der Bronchoskopie beschäftigt und hatte das Glück, daß mir dieser Fall wieder zugeführt wurde. Ich nahm den ersten bronchoskopischen Versuch am 27. September vor, also über 3 Monate nach der Fremdkörperaspiration, gelangte in Chloroformnarkose unter direkter Beleuchtung mit der Kirsteinschen Lampe und unter Anwendung des intralaryngealen Röhrenspatels ohne Schwierigkeit in den Larynx hinein, ging im rechten Hauptbronchus vor und fand in dem Bronchus des rechten Unterlappens einen ringförmigen weißen Fremdkörper, welcher mir sofort als die gesuchte Federpose imponierte. Es bestand eine erhebliche übel-

riechende Eitersekretion. Der Junge hustete stark trotz erheblicher Kokainanästhesierung neben der allgemeinen Narkose, und so kam es, daß mir beim ersten Versuch, den Fremdkörper zu extrahieren, ein ganzer Mund voll übelriechenden Eiters ins Gesicht geschleudert wurde, der auch den Spiegel sofort beschlug und auf demselben antrocknete, ehe er gereinigt werden konnte. Ich mußte die Sitzung unterbrechen, weil auch die allgemeine Narkose aufzuhören begann. Den zweiten Versuch nahm ich am 3. Oktober vor, und wieder gelang es mir sofort, den Fremdkörper an der vermuteten Stelle zu finden. Ich versuchte nun, mittels eines stumpfen Häkchens durch das Lumen der Federpose hindurchzugehen, um es auf der entgegengesetzten Seite auszuhaken und so zu extrahieren. Leider gelang mir das nicht in dieser Weise. Ich kam zwar mit dem Häkchen 4 cm in der Röhre vorwärts, gelangte aber nicht ganz hindurch wie an den Modellen, an denen ich es vorher probiert hatte. Hier war, wie es sich nachher herausstellte, eine Verengerung an der Stelle, die zum besseren Halt für die Zähne umgerollt ist. Auch ein zweiter Versuch mit dem Häkchen mißlang, zumal ich fürchten mußte, bei größerer Gewaltanwendung das Röhrchen weiter hinabzustoßen. Ich ging nun mit der Kilianschen Zange hinein, faßte das Röhrchen am Rande und zog es, da es am unteren Ende des Bronchoskops anhakte, mit dem Bronchoskop heraus. (Demonstration der Federpose.)

Sowohl nach der ersten Sitzung wie nach der zweiten trat auch nicht die geringste Reaktion auf die Untersuchung ein, im Gegenteil, nach der ersten Untersuchung, bei der eine reichliche Eiterexpektoration erfolgt war — es handelte sich ja wohl um bronchiektatische Prozesse infolge der Verengerung des Bronchiallumens durch die Federpose —, war sogar ein Nachlassen des Hustens und Auswurfs zu verzeichnen. Nach beiden Untersuchungen wurde der Junge gleich munter, trank bald hinterher, so daß auch nicht einmal die geringsten Schluckbeschwerden bestanden. Die Stimme war klar und es war keine Druckerscheinung im Kehlkopf nachzuweisen. Der Auswurf war absolut frei von Blut. Die Lungenerscheinungen haben sich in den folgenden 3 Wochen ganz zurückgebildet, so daß jetzt normaler Lungenbefund besteht.

Ich mache darauf aufmerksam, daß man aus diesem Falle einerseits die hochgradige therapeutische Wichtigkeit der Bronchoskopie ermessen kann, nachdem hier recht deutlich gezeigt ist, wie wenig die Tracheotomie hier zu leisten vermochte. Natürlich hat sie das Leben des Kindes damals gerettet, aber einer kausalen Indikation wurde durch sie in keiner Weise genügt.

Besonders möchte ich noch hinweisen auf die Ungefährlichkeit der Untersuchung und besonders betonen, daß nach allen bisher veröffentlichten Fällen die Untersuchung mittels der Bronchoskopie auch dann vorzunehmen ist, wenn auch nur der geringste Verdacht auf die Anwesenheit eines Fremdkörpers vorliegt.

Eckstein: **Angeborener Defekt der äußeren Nase.**

Herr Kollege Moses in Schöneberg hat die Güte gehabt, mir eine Dame zuzuweisen, die eine so seltene Deformität zeigt, daß ich sie Ihnen deswegen noch vor der Operation demonstrieren will. Gleich bei der Geburt der jetzt 26 jährigen Patientin bemerkte die Mutter, daß das Kind keine oder nur die Spur einer Nase hatte, und daß die Nasenlöcher beide verschlossen waren. Ein hinzugezogener Arzt versuchte mit Nadeln die Nasenlöcher durchgängig zu machen, die kleinen Stiche aber schlossen sich bald wieder. Die Patientin hat von dieser Deformität nicht die Beschwerden gehabt, an denen Säuglinge mit erschwerter Nasenatmung sonst leicht zugrunde gehen, Erstickungsanfälle, Unmöglichkeit zu saugen oder Aspirationspneumonien, sondern sie hat, wie Sie sehen, in ziemlichem Wohlbefinden ein höheres Alter erreicht.

Wenn ich Ihnen den Befund im einzelnen schildern möchte, so besteht er darin, daß die Ossa nasalia wahrscheinlich vorhanden sind, wenn sie auch etwas tiefer liegen als normal, ähnlich so, wie wir es bei hereditär-luetischen Sattelnasen zu sehen gewohnt sind. Die knorpelige Nasenspitze fehlt dagegen fast vollständig, nur die Nasenscheidewand ist bis fast in die Gesichtsebene reichend palpierbar. Die Nasenlöcher sind beide vollkommen atretisch; man sieht nur die beiden Narben, die von den Stichen herrühren. Vorhanden ist, trotzdem das knorpelige Gerüst fehlt, die Muskulatur der Nasenspitze. Die Herren, die in der Nähe sitzen, können sich davon überzeugen, daß die Patientin in der Lage ist, den Rest ihrer Nasenspitze sogar mehr zu bewegen, als es normale Menschen im Durchschnitt können.

Auffällig gering sind nun die Störungen, die die Patientin durch diese Deformität hat. (Redner läßt die Patientin zählen.) Wie Sie hören, ist die Sprache fast ganz normal und zeigt nur einen ganz minimalen nasalen Timbre. Die Patientin kann selbstverständlich durch die Nase nicht atmen, sie hat infolgedessen auch niemals in ihrem Leben eine Spur von Riechvermögen gehabt, sie kann auch nur mit offenem Munde atmen. Sie muß sich natürlich auch beim Essen vorsehen, um sich nicht zu verschlucken. Die innere Nase ist, wie Herr Kollege Röhr durch Rhinoscopia posterior feststellte, vollständig normal. Die Patientin hat eine chronische Pharyngitis, und die leichte Anämie, die sie zeigt, ist vielleicht auch auf die aufgehobene Nasenatmung zurückzuführen.

Diese Deformität ist eine ganz außerordentlich seltene. Defekte der ganzen Nase sind wohl berichtet worden, aber fast stets in Verbindung mit schweren anderen Deformitäten des Gesichtsskeletts, so mit Cyklopie. Dabei sind beide Augen in eines verschmolzen oder es befindet sich an der Stelle, wo sonst das einzige Auge zu sitzen pflegt, nur eine Grube. In anderen Fällen sieht man an der Stelle der Nase am Übergang zur Stirn einen Rüssel oder es findet sich diese Deformität vergesellschaftet mit einer anderen vor, die Kundrat als Arhinencephalie bezeichnet hat, nämlich mit einem Gehirnbruch. Daß dagegen eine Nase nur einfach fehlt, ohne sonst irgendwie vorhandene Deformitäten, ist etwas ganz extrem Seltenes, nur Maisonneuve und Vrolik haben Mitte des vorigen Jahrhunderts und Borrichius im 17. Jahrhundert eine ähnliche Deformität beschrieben.

Die Prognose dieser Deformität, die die Patientin nicht gehindert hat zu heiraten, ist eine, wie ich hoffe, sehr günstige. Wie Sie sehen, kann ich die Haut der Nasenspitze ziemlich weit lüften und damit annähernd die Form einer kleinen, aber sonst normalen Nase erzeugen. Es sind also die besten Vorbedingungen dafür vorhanden, um durch Paraffininjektion, eventuell -Implantation eine gute Form zu schaffen. Sobald das geschehen ist, werden wir nachher auch die Nasenlöcher öffnen. Wenn wir Glück haben, hoffe ich, Ihnen die Patientin in einiger Zeit geheilt wieder vorzustellen.

Gesellschaft der Charite-Ärzte in Berlin.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 16. Juni 1904.

(Schluß.)

Heubner: **3. Präparate von einem Malariafall bei einem Kinde.**

Ich habe Ihnen dann einige Präparate aufgestellt von einem Malariafall eines Kindes. Es ist der erste sichere Malariafall, den ich hier in Berlin sehe. Es wäre ganz interessant, die Meinung der Herren Praktiker darüber zu hören, wie sie sich zu der angeblichen Malaria, die so häufig diagnostiziert wird, bei Kindern verhalten. Ich muß gestehen, daß ich mich gegen diese Diagnose bei hier in Berlin und auch in der Umgegend wohnenden Kindern skeptisch verhalte und nicht weniger gegen eine nicht geringe Zahl von Fällen, die mit dieser Diagnose aus Rußland kommen. Nicht ein einziger von all den Fällen — es mögen 12 bis 14 sein —, die mir im Laufe der letzten zwei Jahre mit dieser Diagnose zugeschickt sind — ich habe sie nicht selber untersucht, sondern der Nachweis ist im Institut für Diagnostik geführt worden — hat Malariaplasmodien im Blute dargeboten.

Es handelt sich auch bei dem Kinde, von dem die vorgelegten Präparate stammen — ihn selbst konnte ich nicht vorstellen, da die sehr nervöse Mutter nicht zu bewegen ist, nochmal wieder zu kommen, nachdem die Behandlung zunächst erfolgreich gewesen — nicht um einen hier entstandenen Fall, vielmehr ist die Infektion in Hoboken (New York) erfolgt; das Kind ist vor kurzem erst in Deutschland angekommen.

Zur Erläuterung dieser beiden Bilder mache ich darauf aufmerksam, daß Sie hier eine alte und eine junge Plasmodie sehen. Die eine hat sich fast des

ganzen Blutkörperchens bemächtigt. Leider ist die Rotfärbung der Chromatinsubstanz nicht gelungen. Aber sehr schön sehen Sie in der ausgewachsenen Plasmodie die Pigmentkörner, die fein verteilt zwischen den sich bildenden Sporoblasten der Mutterzelle zerstreut sind, und das zarte, zum Teil blau tingierte bläschenartige Gebilde, das in der Peripherie der Substanz des Erythrozyten eingebettet ist, und eine Jugendform der Tertianparasiten entspricht.

Die Krankheitserscheinungen bei dem Kinde bestanden in typischen Frostanfällen mit nachfolgender Hitze und Schweiß und Milzanschwellung, die aber täglich auftraten, so daß der Assistent der Poliklinik, Herr Dr. Stöltzner, schon mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Tertiana duplex stellen konnte. Ich war auch in diesem Falle zunächst skeptisch, aber gleich das erste, und zwar native Präparat ließ mehrere Parasiten mit den feinen zitternden Bewegungen der Pigmentkörnchen in den Plasmodien wahrnehmen.

Ich möchte bemerken, daß die Feststellung in solchen Fällen gar nicht schwer erscheint. Sie bringen einen kleinen Blutstropfen auf das Deckglas und warten, bis er sich soweit ausgebreitet hat, daß in der Mitte eine ganz durchsichtige Stelle entsteht. An dieser Stelle sehen Sie die Blutkörperchen vollständig auseinandergewichen, so daß beinahe jedes einzelne isoliert betrachtet werden kann, und in diesen Blutkörperchen können Sie dann leicht Plasmodien finden, wenn deren vorhanden.

Es war interessant, daß hier auch die Diagnose der Tertiana duplex sich bestätigt hat. Diese beiden Präparate, die Sie hier aufgestellt finden, stammen von demselben Tage aus demselben Blutstropfen, und Sie sehen einmal in dem Blute ein ganz junges, das andere Mal ein altes; es sind also hier wirklich zwei Generationen von Plasmodien vorhanden.

4. Fall von Tetanus neonatorum.

Das letzte Kind, das ich Ihnen zeigen möchte, ist ein Fall von Tetanus neonatorum, dem Sie allerdings diese Erkrankung nicht ohne weiteres ansehen. Es ist ein Fall, der etwas spät entstanden ist. Das Kind ist am 27. Mai geboren, hat anfangs gut an der Brust getrunken, bis zum 5. Juni, also dem 10. Lebenstage; da merkte die Mutter zum ersten Male, daß das Kind die Kiefer zusammenkniff und daß nachher die allgemeine Starre eintrat und außerdem — doch nicht gleich sehr heftig, sondern es hat sich allmählich gesteigert — trat Erbrechen ein und die Stühle wurden schlecht, wie das gewöhnlich der Fall ist, wenn eine derartig schwere Infektion ein Kind befällt. Das Kind kam gestern, am 20. Lebenstage, 15. Juni, in die Poliklinik. Erst spät abends, gestern, wurde es dann in die Klinik gebracht, und heute früh wurde sofort die Antitoxinbehandlung eingeleitet. 50 Einheiten subkutan in der Nähe des Nabels und 50 Einheiten intradural. Meine Herren, Sie wissen, daß diese intraduralen Injektionen seit einer Reihe von Jahren vorgenommen werden. Ich selbst bin der erste gewesen, der sie hier in Berlin (1899) angewandt hat.

Der erste Fall, in dem dieses geschah, bot eine zunächst hoffnungerweckende Überraschung dar. Das Kind, das von Stößen durchzuckt war, schlief 1 ½ Stunden lang unmittelbar nach der Injektion; aber die Besserung war nicht von Dauer. Das Kind ging zugrunde.

In dem vorliegenden Falle besteht eine gewisse Ähnlichkeit der Erscheinungen mit dem Krankheitsbilde, das man als Kopftetanus zu bezeichnen pflegt. Es war in ganz exquisiter Weise das tetanische Gesicht vorhanden, während der Rumpf viel weniger stark affiziert war. Auch die Starrheit der Extremitäten und die Reflexerregbarkeit war nicht so ausgesprochen, kurz, es machte der Fall im allgemeinen einen etwas milderen Eindruck. Sie könnten vielleicht jetzt zweifeln, ob daß Kind den Tetanus hat, denn die Haltung der Extremitäten weicht wenig von der normalen ab, und auch das Gesicht hat viel von der charakteristischen Veränderung verloren, die es gestern bot. Diese auffällig günstige Veränderung ist aber direkt im Anschluß an die Injektion der Steigerung aufgetreten.

Meine Herren, die Fälle von Tetanus neonatorum haben, gegenüber den meisten Tetanusfällen bei Erwachsenen, die sehr große Unannehmlichkeit, daß sie fast immer noch mit anderweitiger schwerer Infektion kompliziert sind. In einem der Fälle, in dem die tetanischen Erscheinungen unter der Antitoxinbehandlung eigentlich geschwunden waren, starb das Kind an der allgemeinen Sepsis, die, ebenso wie der Tetanus, vom Nabel ausging. Auch das hier gezeigte Kind hat eine sehr unangenehme Komplikation. Es hat nämlich während der gewaltigen

krampfhaften Kontraktionen seines Bauchmuskels eine sehr große Leistenhernie bekommen, die augenblicklich etwas entzündet aussieht. An eine Operation kann aber auch nach Meinung des zugezogenen chirurgischen Kollegen nicht gedacht werden, da ein Zurückhalten des Bauches sich nicht würde erzielen lassen. Es ist zu befürchten, daß diese Komplikationen die Aussichten für alle Fälle trübt.[1]) Vor der Hand muß ich aber sagen: es ist das wieder ein Fall, wo die intradurale Infusion ganz zweifellos einen Ruhezustand hervorgerufen hat nach einem vorhergegangenen stürmischen Bild.

Diskussion: Kraus: Ich möchte mir erlauben, noch eine Frage an den Herrn Vortragenden zu richten, jedoch nicht wegen der zwei letzten Fälle, sondern wegen des drittletzten. Herr Geheimrat Heubner hat gewiß in seiner reichen Erfahrung mehrfach Fälle von infantilem Myxödem längere Zeit weiter beobachtet. Ich möchte gern erfahren, ob sich, wenn dieses Kind ins fünfte oder sechste Lebensjahr eintritt, dann ein typischer kretinoider Zustand dauernd herausstellt, oder ob die Therapie, wie sie jetzt geübt wird, einen solchen künftigen kretinoiden Zustand sicher ausschließt.

Heubner: Nein, es kommt ein fast normaler Mensch heraus.

Die Therapie geht unausgesetzt fort. Ich will erzählen — ich bedauere, daß ich die den Fortschritt erläuternden Photographien nicht mitgebracht habe —, was ich z. B. am Töchterchen eines höheren Beamten beobachtet habe. Es kam vor 9 Jahren in meine Behandlung als einer meiner ersten Fälle. Es handelte sich nun hier um einen ganz zweifellosen Fall von Myxödem, wenn auch nicht um einen hochgradigen: das Kind war blöde, vollständig unentwickelt usw. Das Mädchen ist, glaube ich, jetzt 10 Jahre alt, es ist ein bildhübsches Kind geworden, singt, deklamiert in der Schule, kommt ganz regelmäßig vorwärts, kurz, es hat sich zu einem vollständig normalen Kinde entwickelt.

Einen andern Fall beobachte ich seit 10 Jahren. Das ist eine kleine Polin, die außerdem hysterisch ist. Auf diesen Zustand hat natürlich die Behandlung keinen Einfluß gehabt. Aber im übrigen war der Erfolg eklatant. Dieses Mädchen zeigte ein ganz ungewöhnliches Wachstum in einem Jahre. Es ist jetzt ein ganz hübsches mittelgroßes Mädchen und zeigt körperlich auch kaum eine Spur mehr von Kretinenhaftigkeit. Wenn man es auch nicht schön nennen darf, so ist es doch ziemlich normal. In der Intelligenz ist sie ein klein wenig zurückgeblieben, wie die Mutter sagt, und außerdem zeigt sich bei ihr etwas, was man aber auch nicht als Rest des Myxödems bezeichnen kann, nämlich eine abnorme Gemütsverfassung: sie wird leicht jähzornig.

Ein anderes Kind aus der nicht geringen Zahl, die ich beobachtet habe, stammt aus Rathenow. Es war vollkommen blöde und hat z. B. sehr spät angefangen zu sprechen, ist dann längere Zeit bei Dr. Gutzmann in Behandlung gewesen. Die geistige Entwicklung vollzieht sich hier etwas langsam, aber doch stetig fortschreitend, körperlich ist bei dem wohlproportionierten Mädchen keine Spur von Kretinenhaftigkeit mehr zu finden.

Ziehen: Ich möchte nur eine Bemerkung über die weitere Behandlung solcher Kinder machen. Ich habe eine ziemlich große Reihe beobachtet und glaube, daß der Ausgleich in sehr vielen Fällen in der Tat ein fast vollständiger, in einiger sogar ein vollständiger ist. Ich wollte aber noch einmal die Frage aufwerfen, inwieweit es notwendig ist, später einmal wieder zur Thyreoidindarreichung zurückzukehren. In einer größeren Anzahl von Fällen, die ich beobachtet habe, war das notwendig. Ich weiß, daß Kinder, die ich fast 10 Jahre beobachtet hatte, später wieder Rückschritte machten, es hieß, sie kommen in der Schule nicht fort; dann wurde die Thyreoidinbehandlung wieder aufgenommen, und die Entwicklung gestaltete sich wieder, soweit meine Erfahrungen bis jetzt reichen, leidlich normal. Deshalb würde es mich interessieren, von Herrn Geheimrat Heubner zu hören, ob in so günstig verlaufenen Fällen, die er erwähnte, später wieder Thyreoidin gegeben worden ist und in welchen Intervallen.

(Heubner: Ich habe es sehr lange Zeiträume hindurch gegeben.)

Ich habe es wohl versucht, ein halbes oder ein ganzes Jahr auszusetzen, aber länger wage ich es nicht zu tun. Ich glaube, ein halbes Jahr kann man

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Das Kind ist in der Tat an Baucheinklemmung, gegen die noch vergeblich operativ eingeschritten wurde, nach mehrwöchentlichen leidlichem Befinden gestorben.



es ohne Gefahr riskieren; setzt man über ein halbes Jahr aus, so tritt schon ein gewisses Risiko ein, bei einer Pause von über einem Jahre beobachtet man schwere Rückschritte. Einen ganz ununterbrochenen Gebrauch habe ich aber auch nicht zweckmäßig gefunden, weil sich herausstellte, daß, wenn man mit dem Mittel nicht zeitweilig aussetzte oder die Dosis nicht einschränkte, ziemlich erhebliche Störungen von seiten des Herzens und des Darmkanals auftraten.

Heubner: Ich möchte bemerken, daß ich ähnlich verfahren bin. Ich habe den Leuten gesagt: Sie dürfen sich ohne Fortgebrauch des Mittels nicht darauf verlassen, daß das Kind auch gesund bleibt; man kann mit dem Mittel aussetzen, aber man muß es später wieder geben. Ich habe also auch Pausen gemacht. Bei mir sind ja die Kinder nicht in dauernder Behandlung. Es sind meist Sprechstundenkinder von auswärts; die kommen vielleicht ein- oder zweimal im Jahre anfangs auch öfter. Auf diese Weise höre ich nur immer nachträglich, wie tatsächlich verfahren worden ist. Da hat sich denn herausgestellt, daß man wohl 6, 8 Wochen, auch $^1/_4$ Jahr ausgesetzt hat, aber dann, wenn ein Stillstand oder Rückschritt bemerkt wurde, immer wieder zur Behandlung seine Zuflucht nahm. Ich sage den Eltern immer bei Anfang der Behandlung, das Kind muß bis zum 14. Jahre — so lange habe ich sie ja gewöhnlich unter meiner Tutel — also das Kind muß bis dahin immer wieder von neuem Thyreoidin nehmen. Wie weit das nun fortgehen muß, ob etwa das ganze Leben hindurch, darüber habe ich keine Erfahrungen.

Kraus: In Ländern mit Kretinismus findet man in derselben Familie unter den halbwüchsigen Kindern neben gesunden auch kranke Geschwister. Die kranken Geschwister unterscheiden sich von den gesunden oft bloß durch den Habitus: sie sind zu klein für ihr Alter, sie sind dick, sie lernen schlechter; sie können sonst ganz wohlgebildet sein, sie brauchen durchaus nicht das charakteristische Exterieur der Kretinen zu zeigen. Versucht man da in allen möglichen Modifikationen die Therapie, dann nützt sie gar nichts mehr, ob groß oder klein, dann kommt kein Wachstum mehr zustande, und da ändert sich auch der übrige Habitus nicht, ebensowenig die Intelligenz; es zeigt sich keine Lebhaftigkeit. Gerade wegen dieser halbwüchsigen Individuen, wegen dieser Übergangszeit habe ich gefragt. Dann auch wegen der Schwierigkeit der Diagnose des ausgeprägten Kretinismus. Die eigentlichen Kretins werden uns vorgestellt, wenn wir uns darum kümmern, wenn wir uns also hineinbegeben in die Anstalten, wo sie aufgehoben sind, im späteren Kindesalter, oder erst mit 15, 16, 17, 18 Jahren. Da ist dann gewöhnlich schon der kretine Habitus im Schädel und im übrigen ganz ausgesprochen. Bei dieser Bevölkerung wird nicht so auf die Geschichte der Familien geachtet, so daß sie uns irgendwelche Familienanamnesen vorlegen würden. In dem erwähnten Alter ist dann aber die Therapie schon erfolglos, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle. Das ist ja auch ganz begreiflich, weil dann das gleichfalls degenerierte Nervensystem in der Weise geartet ist, daß Schilddrüsenpräparate schlecht vertragen werden. Meine eigenen Erfahrungen über Myxödembehandlung beziehen sich auf Erwachsene; da ist die Heilung bloß passager; da darf die Therapie nicht aufhören, sonst tritt sofort der alte Zustand wieder ein.

Heubner: Noch ein Wort. In der neuesten Arbeit von Ewald wird auch ganz besonders hervorgehoben, daß der endemische Kretinismus auf die Behandlung nicht reagiert, während der spontane reagiert. Es müssen also irgendwelche essentielle Unterschiede vorhanden sein. Magnus-Levy hat aber übrigens auch da Erfolge gesehen.

Ziehen: Ich wollte nur bemerken, daß auch klinisch ein großer Unterschied zwischen endemischem Kretinismus und sporadischem Myxödem besteht. Er äußert sich zunächst in der Schilddrüse. Bei eigentlich endemischem Kretinismus handelt es sich in der Regel um Degeneration oder um einen anderen Krankheitsprozeß in der Schilddrüse; bei dem sporadischen Myxödem handelt es sich in der Regel darum, daß die Schilddrüse überhaupt nicht zur Entwicklung gekommen ist. Auch sonst findet man Unterschiede. Z. B. zeigt der Kretin sehr selten ein echtes Myxödem. Was man in den Kretinenländern (Savoyen usw.) beobachtet, ist meistens eine Lipomatose, die bei oberflächlicher Untersuchung allerdings mit Myxödem verwechselt werden kann. Jedenfalls bilden dort die Fälle von echtem Myxödem 'die Minderzahl. Daneben besteht noch eine Reihe von Unterschieden, welche die Schädelentwicklung und die intellektuelle Entwicklung betreffen. Dazu kommt noch ein weiterer Faktor in Betracht. In Kretinen-

ländern läßt sich sehr gut nachweisen, daß sich die Heredität nicht nur in gleichartiger spezieller Richtung, sondern auch im Sinne einer allgemeinen psychopatischen Belastung geltend macht. Es scheint sich hier der Kretinismus wie irgend eine andere Psychose zu verhalten: wenn Imbezillität bei den Nachkommen von Kretins auftritt, muß diese nicht stets in der speziellen Form des Kretinismus auftreten. Es gibt Fälle, in welchen die Eltern leichte Kretins waren, und bei den Kindern zum Teil Kretinismus vorlag, zum Teil aber auch Formen der Imbezillität, die man nur gezwungen dem Kretinismus subsumieren könnte, von denen man vielmehr sagen muß: es handelt sich um eine gewöhnliche Imbezillität auf Grund erblicher Belastung.

Hauser: Ich wollte mir eine Frage erlauben bezüglich des Tetanus. Ich habe wiederholt mit glücklichem Erfolg intrazerebrale Einspritzungen versucht und möchte gern von Herrn Geheimrat Heubner erfahren, ob er auch damit Versuche gemacht hat und mit welchem Erfolg. Die intraduralen Injektionen sind doch bei diesen heruntergekommenen atrophischen Kindern nicht einfach, und ich habe manchmal den Eindruck gehabt, als ob man zuweilen das Antitoxin nicht in genügendem Maße in den Rückenmarkskanal hineinbekommt. Jedenfalls ist die Injektion hier ungleich schwieriger als durch die Fontanelle.

Heubner: Das möchte ich nicht zugeben; in die Dura kommt man sehr leicht hinein. Davon können Sie sich jederzeit sofort überzeugen. Ich finde, das Hineinkommen in den Rückenmarkskanal ist leichter als das Hineinkommen in den Ventrikel, wenn kein Hydrocephalus vorhanden ist. Ich will aber bemerken, daß ich — ich glaube, es war mein erster oder zweiter Fall — im Anschluß an die Erfahrungen von Roux einmal intrazerebral injiziert habe und erstaunt war, wie bei der Autopsie gar keine Reaktion wahrnehmbar war. Ich weiß nicht mehr genau, wieviel ich injiziert habe; es war keine große Dosis, aber ich war erstaunt, wie das ertragen wurde. Ich bin davon abgekommen, weil es doch immerhin beim Menschen keine kleine Sache ist, in das Gehirn hineinzugehen. Sie sind ja jederzeit imstande, sich zu überzeugen, ob Sie in dem duralen Raume sind, dadurch, daß Zerebralflüssigkeit austritt. Wir lassen da ziemlich viel austreten, 10—15 ccm und spritzen danach erst das Serum ein.

Salge: Meine Herren, das Kind, das ich Ihnen vorzeigen möchte, bietet ein gewisses therapeutisches Interesse dar. Es kam am 18. Mai im Alter von 3 Monaten zu uns, nachdem es sich bis zum 16. Mai leidlich gut befunden hatte. Es ist in der gewöhnlichen Weise mit verdünnter Milch künstlich ernährt worden, und zwar nicht einmal so sehr verkehrt. Am 16. Mai vormittags merkte die Mutter, daß die Stühle sehr dünn und häufig wurden. Dann wurden sie wässerig und enthielten etwas Schleim. Das Kind wurde erst unruhig, dann bekam es Fieber nnd zeigte einen Gesichtsausdruck, den die Mutter selber als sehr ängstlich bezeichnete. Darauf verfiel es mehr und mehr. Mit den Händen soll es nach Angabe der Mutter eigentümliche ausfahrende Bewegungen gemacht haben, wobei die Finger gegeneinandergestellt waren — das, was man athetotische Bewegungen nennt. Sonst ergibt die Anamnese nichts Besonderes.

Als das Kind zu uns kam, befand es sich in einem Zustande, der, wie ich wohl sagen darf, mindestens sehr wenig Hoffnung auf Erhaltung des Lebens darbot. Abgesehen von den Erscheinungen von seiten des Darmkanals — vollkommen wässerigen, dünnflüssigen, sauren Stühlen — zeigte das Kind Vergiftungssymptome: es war kyanotisch bei fehlendem Lungenbefund; der Gesichtsausdruck war verstört, der Körper zeigte erhöhten Muskeltonus, der zuweilen von leichten klonischen Zuckungen und krampfhaften Stellungen der Arme unterbrochen wurde, wie ich in der Anamnese erwähnte. Der Ernährungszustand war noch nicht sehr herabgekommen: es wog mit seinen 3 Monaten noch 3200 g — wenn man unser Material kennt, so ist das noch nicht so arg —, und auch die Haut und das Unterhautzellgewebe war noch ganz leidlich. Die Elastizität der Haut war freilich gesunken, aber noch nicht bis zum äußersten Grad herunter. Die Hautfalten dehnten sich immer noch aus, wenn auch langsam. Hauptsächlich auffallend aber war die starke Kyanose, ferner kühle Extremitäten bei hoher Temperatur von 40,2.

Das ist ein typischer Fall von **toxischem Enterokatarrh.**

Diese Fälle von Enterokatarrh mit schweren toxischen Symptomen sind nach unseren ziemlich reichhaltigen Erfahrungen bis jetzt die ungünstigsten für unsere Therapie. Es gelingt freilich beinahe stets, ein solches Kind aus dem Zustande der akuten Vergiftung herauszubringen. Das ist nicht einmal schwer. Wenn

man das Kind hungern läßt und Kochsalzinfusionen macht, so lassen die Symptome in vielen Fällen nach, das Fieber sinkt bald, und es gelingt häufig, das Kind in einen leidlichen Zustand zu versetzen. Dann kommt eine zweite Frage: Wie soll man das Kind ernähren? Dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist außerordentlich schwer. Wir haben früher Milchpräparate versucht; diese Fälle sind aber alle zugrunde gegangen. Dann haben wir eine Zeitlang diesen Kindern 6, 10, 14 Tage Mehlnahrung gegeben, meistens eins der bekannten Kindermehle. Damit haben wir die Kinder gewöhnlich über Wasser gehalten; sobald wir aber anfingen, Milch zu geben, ist diese in vielen Fällen nicht vertragen worden und die Kinder gingen doch noch zugrunde. Als wir Ammen bekamen, glaubten wir natürlich, daß wir aus dieser Misere herausgekommen wären. Eine Reihe von Fällen aber, die wir beobachtet haben, bewiesen mit absoluter Sicherheit, daß es den Kindern, wenn man sie an die Amme anlegt, sofort schlechter geht: alle Vergiftungserscheinungen treten wieder auf, die Kinder verfallen, verlieren rapid an Gewicht und gehen sehr häufig wieder unter Krämpfen und hoher Temperatursteigerung zugrunde

Meine Herren, ich habe mich mit diesem Enterokatarrh ziemlich intensiv beschäftigt und bin schließlich zu dem Schluß gekommen, daß es das Fett ist, das die Kinder nicht vertragen können. Wie ich darauf gekommen bin, kann ich hier nur andeuten. Die Hauptsache war, daß bei zwei Fällen, einem im Krankenhaus, einem in der Privatpraxis, eine ganz rapide Verschlechterung unter einer allerdings recht fettreichen Nahrung eintrat. Das eine Mal hatte die Mutter unverständigerweise die Verordnungen des Arztes nicht richtig befolgt, das zweite Mal war Biederts Rahmgemenge gegeben worden. In beiden Fällen wurde der Zustand der Kinder, die sich unter der Mehldiät bereits leidlich befanden, so rapid verschlechtert, daß der Gedanke berechtigt war, es könne nur das Fett die Ursache sein. Wir haben versucht, der Sache näher zu kommen durch bakteriologische Untersuchungen. Dabei hat sich die sehr interessante Tatsache ergeben, daß es eine Bakterienart gibt, die vielleicht sonst saprophytisch vorkommt, die sehr widerstandsfähig gegen Säuren ist, auf saurem Nährboden Bact. coli total überwuchert und die Fähigkeit hat, aus Zucker und Fett Säure zu bilden und im Wachstum sehr begünstigt wird, sobald man dem Nährboden fettsaure Salze zusetzt. Wenn nun das Fett wirklich an der Verschlimmerung der Fälle schuld war, mußten die negativen Erfolge, die wir mit der Frauenmilch hatten, doch verschwinden, wenn wir die Frauenmilch ohne Fett gaben. Das habe ich getan. Das Kind hat Frauenmilch ohne Fett bekommen, und zwar vom zweiten Tage der Behandlung an. Der Erfolg war gut. Ich habe eine solche Kurve bei Enterokatarrh noch nicht gesehen. Daß ein Kind dauernd auf seinem Niveau sich hält, in der ganzen Zeit überhaupt nicht abnimmt, am zweiten Tage aber sofort sämtliche Vergiftungserscheinungen verliert und dann nach 14tägiger Behandlung, wobei es zum Teil eine Mehlabkochung, zum Teil entrahmte Frauenmilch in allmählich steigenden Mengen von 40, 60, 100, 200 ccm erhielt, in die Rekonvaleszenz eintritt, so daß man es an die Amme legen kann, ist doch ein überraschend günstiger Erfolg. Die Gewichtszunahme ist langsam, wie denn die Rekonvaleszenz an der Frauenbrust gewöhnlich nicht schnell geht, aber sicher. (Demonstration des Kindes.)

Ich glaube, der Fall ist immerhin ganz interessant. Es ist ja nur einer; hoffentlich folgen ihm noch mehrere. Ich freue mich besonders über diesen Fall, weil er mir eine Stütze zu sein scheint für meine Anschauungen, gegenüber den Angriffen, die Herr Keller gegen mich gerichtet hat.

Diskussion: Hauser: Dürfte diese Beobachtung nicht ein ganz interessantes Licht auf die bis jetzt unerklärte vorzügliche Wirkung werfen, die wir Praktiker oft mit der Buttermilch in solchen Fällen gemacht haben?

Heubner: Hier in diesen Fällen gehts auch mit der Buttermilch nicht.

Salge: Ich freue mich, daß Herr Hauser das erwähnt hat. Ich werde selbstverständlich untersuchen, ob man auch mit künstlich entfetteter Nahrung weiter kommt. Bei schweren akuten Fällen versagte die Buttermilch.

Kraus: Der Herr Vortragende hat uns leider nicht gesagt, wie er die Milch entfettet. Wir sind neugierig darauf.

Salge: Wir haben hier eine sehr schöne Zentrifuge, die bis zu 3000 Umdrehungen pro Minute macht. Wenn man Frauenmilch nimmt, und zwar möglichst eine, die nicht zu sehr fettarm ist, sondern 3—4 % hat, und läßt sie $^1/_2$ Stunde

lang zentrifugieren, so setzt sich ein dicker Butterring oben ab, von dem man leicht abpipettieren kann.

Salge: Dann möchte ich Ihnen noch einen zweiten Fall kursorisch vorstellen, der vielleicht ein gewisses allgemeines praktisches Interesse darbietet. Es handelt sich um ein 6 Monate altes Kind, das schon ziemlich lange krank ist und sich seit dem 13. Mai bei uns befindet. Am 25. April fing es an zu brechen, nachdem es bis dahin bei künstlicher Ernährung leidlich gedieh, auch soll es hin und wieder einen starren Blick gehabt haben und weniger teilnehmend gewesen sein. Dann behauptet die Mutter, daß das Bewußtsein zeitweilig geschwunden wäre, daß das Kind sehr unruhig war; deutliche Krämpfe hat sie aber nicht wahrgenommen. Darauf hat sich auch Fieber eingestellt, das aber keinen regelmäßigen Typus zeigte. Die höchste Temperatur betrug 40,7. Am 2. Mai, also ungefähr eine Woche nach der Erkrankung, fing das Kind an, den Kopf stark nach hinten zu halten und zeitweise starr dazuliegen. Der Stuhlgang war dabei gut, der Appetit schlecht. Vom Arzt wurde es zunächst mit Kalomel behandelt.

Ich habe das Kind am 2. Mai zuerst gesehen und hatte den Eindruck, daß es sich sich um einen Fall von epidemischer Meningitis cerebrospinalis handelte. Das Kind war nicht vollkommen bewußtlos, reagierte gut, es bestand ausgesprochene Nackenstarre und außerordentlich leichte Reizbarkeit: es zuckte bei jeder kleinen Berührung zusammen. Die Reflexe waren enorm gesteigert. Das Fieber war, als ich es sah, 40. An dem Kinde war im übrigen absolut nichts zu entdecken, abgesehen von ein paar leichten bronchitischen Geräuschen.

Wir haben das Leiden zunächst als Zerebrospinalmeningitis aufgefaßt und mit heißen Bädern behandelt. Dann haben es die Eltern vorgezogen, es in die Charité zu geben.

Bei uns war zuerst der Zustand auch so, daß man ihn als Meningitis bezeichnen konnte: Starre, erhöhte Reflexe, zeitweilige Trübung des Bewußtseins usw. Die Fontanelle war vorgewölbt und die Spinalpunktion ergab einen Druck von 350 mm. Die Spinalflüssigkeit war ganz klar. Mit der Zentrifuge gelang es ein paar Leukozyten zu finden. Die Kultur ergab nichts, die Spinalpunktion wurde nach 8 Tagen wiederholt. Jetzt war der Druck bedeutend geringer, 180 mm. Nun hat sich der Fall mit sehr wechselndem Fieber allmählich hingezogen. Neue Anfälle von meningitischen Erscheinungen traten in Pausen von 3—8 Tagen auf. Das alles konnte ja ganz gut zur epidemischen Meningitis stimmen. Auffällig ist aber hierbei, daß die Spinalflüssigkeit absolut klar ist, während wir doch bei der epidemischen Meningitis, wenn auch nicht dickeitrige, so doch getrübte Flüssigkeit haben. Es sind ja eine ganze Reihe Fälle beschrieben, wo bei seröser Meningitis mit hohem Fieber unter akutem oder hyperakutem Verlauf der Tod eintrat und wo Streptokokken, Pneumokokken und Meningokokken gefunden wurden. Vor 3 Jahren habe ich hier einen Fall gesehen, wo das Kind nach 4—5 Tagen starb und wo auch eine einfach seröse Flüssigkeit mit Meningokokken vorhanden war. Leider war eine genaue Untersuchung des Gehirns nicht möglich.

Ich möchte glauben, daß es sich hier um einen solchen Fall von seröser Meningitis handelt, der unter recht heftigen Erscheinungen von Beginn an verlief, aber jetzt, wie mir scheint, allmählich zur Heilung kommt. Diese Fälle, die man als epidemische Meningitis anspricht, sind ja von sämtlichen Meningitiden prognostisch die besten; aber Säuglinge gehen doch beinahe immer daran zugrunde, und daß es gelingt, einen solchen Fall, der doch vermutlich der Zerebrospinalmeningitis nahe steht, zur Ausheilung zu bringen, dürfte immerhin interessant sein. Jetzt sind menigitische Symptome kaum noch nachzuweisen. Die Reflexe sind nicht sehr lebhaft; das Kind ist freier in seinen Bewegungen; man kann es anfassen, es trinkt recht gut an der Brust der Amme.

Diskussion: Heubner: Meine Herren, ich will zu dem Fall von Zerebrospinalmeningitis sagen, daß in solchen Fällen die Prognose fast immer schlimm ist. In diesem Frühjahr haben wir zum erstenmale einen Säugling, wo zweifellos Zerebrospinalmeningitis vorhanden war und wo die Meningokokken nachgewiesen wurden, durchgebracht. Alle übrigen Fälle — ich habe in Berlin 15—20 Fälle gehabt — sind zugrunde gegangen. Also im ganzen ist die Prognose sicher schlecht.

Senator: Ich habe auf meiner Abteilung einen Fall gesehen, kein Kind, sondern ein Mädchen in den 20er Jahren, die ein ganz ähnliches Krankheitsbild darbietet, und zwar, so weit wir bis jetzt beobachten können, mit einem ganz

ähnlichen Verlauf. Es handelt sich um Meningitis mit den charakteristischen Erscheinungen, die ich nicht zu schildern brauche, und für die sonst keine Ursache nachzuweisen war. Man konnte sie nicht als tuberkulös auffassen, nicht als Meningitis fortgeleitet von irgend einem Herde in der Nachbarschaft oder sonst im Körper. Es war also nur die Frage: handelt es sich um Zerebrospinalmeningitis oder um eine, deren Ursachen man nicht kennt und die man aus Verlegenheit als „rheumatische" bezeichnet. Gegen Zerebrospinalmeningitis sprach, daß uns bis jetzt nichts von einer Epidemie bekannt war, indessen kommt sie auch einmal sporadisch vor. Hier entleerte die Lumbalpunktion unter ziemlich starkem Druck eine Flüssigkeit, die stark eiweißhaltig war, viel stärker als die normale Zerebrospinalflüssigkeit, der nur Spuren von Eiweiß enthält, und ferner fanden sich multinukleäre neutrophile Leukozyten. Wir glaubten schon die Pat. genesen, als nach einem Intervall von 8 Tagen von neuem Fieber auftrat, dabei wieder Nackenstarre und Kopfschmerzen. In diesem Stadium befindet sie sich augenblicklich. Ich glaube trotzdem, daß die Prognose günstig gestellt werden kann, weil die Erscheinungen doch im ganzen mäßig verlaufen. Der Fall hat wohl eine gewisse Ähnlichkeit mit dem des Herrn Vortragenden.

Salge: Ich bemerke, daß der Eiweißgehalt in diesem Falle nicht hoch war.

Senator: Man hätte nach dem makroskopischen Aussehen die Zerebrospinalflüssigkeit auch serös nennen können, aber es waren deutlich Leukozyten vorhanden.

---

76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte

zu Breslau vom 18.—24. September 1904.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sektion für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 21. September, vormittags.

Vorsitzender: Herr Rauchfuß (Petersburg).

Zur Verhandlung kommt das Referat über „Kindermilch". Die Schlußsätze lauten:

I. Referat von Arthur Schlossmann (Dresden).

1. Die hohe Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge ist in erster Linie bedingt durch die in den Großstädten erschwerte Möglichkeit, reine, gute und frische Milch für die Ernährung derselben zu erhalten.

2. Milch, die als Kindermilch oder mit einem ähnlichen Namen bezeichnet wird, muß hygienisch einwandfrei sein, d. h. von gesunden Kühen stammen, sauber gewonnen sein und in frischem Zustande in die Hände der Konsumenten gelangen.

3. Kindermilch braucht nicht Milch von trocken gefütterten Kühen zu sein. Ob sich Stallfütterung, Trockenfütterung oder Weidegang mehr empfiehlt, hängt von den lokalen Verhältnissen ab. Im allgemeinen ist die Milch von trocken gefütterten Kühen für die Ernährung des Säuglings minderwertig gegenüber der von Kühen, die auf die Weide gehen.

4. Für die Ernährung der Kuh, die zur Kindermilchproduktion verwandt wird, gilt dasselbe Gesetz wie für die stillende Frau: was ihr bekommt, was sie verträgt, ist ihr erlaubt; verboten ist, was ihr Indigestionen bereitet.

5. Kindermilch ist ein Objekt, dessen Wert unter allen Umständen so hoch ist, daß der großen Menge des deutschen Volkes der Bezug derselben aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich gemacht ist ohne besondere diesbezügliche Maßnahmen.

6. Wenn Staat und Kommune ernsthaft gesonnen sind, der übergroßen Säuglingssterblichkeit Einhalt zu tun, so muß der Bezug für die Ernährung der Säuglinge bestimmter Milch in geeigneter Weise organisiert werden.

7. Diese Organisation muß auf dem Prinzip der Gemeinnützigkeit, nicht auf dem der Wohltätigkeit, aufgebaut werden.

8. Die Ausgabe der Kindermilch hat durch besondere Anstalten zu erfolgen, für die folgende Grundgesetze gelten: a) In gesonderten Sprechstunden ist durch

geeignet vorgebildete Ärzte in öffentlichen Polikliniken und ähnlichen Anstalten in Säuglingsernährungsfragen unentgeltlich Rat zu erteilen und Menge und Mischung der Nahrung für jedes Kind individuell zu bestimmen. b) Die Ausgabe der Säuglingsnahrung erfolgt in trinkfertigen Einzelportionsflaschen. c) Im allgemeinen ist die Nahrung ins Haus zu liefern. d) Die Bereitung der Mischungen erfolgt im allgemeinen in einer Zentrale.

9. Die Kosten derartiger Kindermilchverteilunganstalten werden getragen durch die Gesamtheit, indem der Bemittelte mehr, der Unbemittelte weniger und für den Armen die Kommune zahlt. Abgesehen von der Ersparung an Menschenleben werden die Kosten reichlich aufgewogen durch das Heranziehen einer widerstandsfähigeren, der Gesamtheit weniger zur Last fallenden Generation.

10. Alle Dauerpräparate von Milch sind prinzipiell zu verwerfen. Die Kindermilch und die hieraus bereiteten Mischungen sollen spätestens 30 Stunden nach dem Melken verbraucht sein.

11. Als einzige Mittel der Milchkonservierung für die Dauer von 30 Stunden sind die Kälte und die Erwärmung — Kochen in Einzelportionsflaschen (Soxhletisierung) — zu betrachten. Je weniger Keime in die Milch hineinkommen, desto leichter ist die Konservierung für die genannte Dauer. Asepsis ist besser als Antisepsis. Die Verabreichung von roher Milch ist unter allen Umständen bei der Kindermilchverteilung mit ins Auge zu fassen.

12. Chemische Konservierungsmittel, die zuverlässig und unschädlich sind, gibt es nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht. Der theoretisch ausgedachte Vorschlag Behrings, die Milch mit Formaldehyd zu versetzen, ist zu verwerfen und direkt schädlich.

13. Die Kindermilchfrage gehört in erster Linie in das Arbeitsgebiet des Pädiaters, da sie eine eminent praktische ist und praktische Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiete der Kinderheilkunde voraussetzt. Die Mitarbeit des Hygienikers ist erwünscht und dankenswert, wofern sie nicht dazu ausartet, sich über das gesicherte Gebiet der praktischen Erfahrung des Kinderarztes hinwegzusetzen.

Korreferat von Privatdozent Dr. Seiffert (Leipzig).

1. Tiermilch, welche zum Ersatze der menschlichen Milch bei der Säuglingsernährung dienen soll, muß im chemisch und physiologisch nativen Zustande zur Verwendung gelangen.

2. Die erste Aufgabe einer hygienisch einwandsfreien, den Bedürfnissen der Kinderheilkunde völlig Rechnung tragenden Milchversorgung ist daher sowohl bei Gewinnung als auch bei der Verteilung der Milch an die Konsumenten die möglichste Intakterhaltung des natürlichen Zustandes der Milch nicht nur in chemischer, sondern auch in physikalischer und physiologischer Beziehung.

3. Dieser Aufgabe gegenüber können die Bemühungen, die Tiermilch in ihrer chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch ähnlich oder gleich zu machen, nur insoweit als berechtigt und Erfolg versprechend in Betracht kommen, als bei ihrer technischen Ausübung der native Zustand der Milch auch in physiologischer Beziehung gewahrt bleibt.

4. Die Erhaltung der chemischen und physiologischen Nativität der Milch stehen die Schwierigkeiten eines längere Zeit beanspruchenden Transportes und der Aufbewahrung im Hause des Konsumenten entgegen, weil die in der jetzt üblichen Weise gewonnene und transportierte Milch in mit der Luftwärme wachsender Schnelligkeit der Invasion und chemischen Veränderung durch Bakterien unterliegt. Die derzeit zur Hintanhaltung dieser Veränderung benutzten Keimtötungsverfahren haben den fundamentalen, technisch unvermeidbaren Nachteil, daß sie entweder gar durch chemische Zersetzung die chemische und physiologische Nativität der rohen Milch zerstören (durch Gerinnung der genuinen Eiweißkörper der Milch oder deren Umwandlung in Alkalialbuminate, sowie durch Zersetzung der organischen Phosphorträger der Milch, Lecithin und Nukleon) oder wenigstens die physiologische Nativität der rohen Milch herabsetzen oder ganz aufheben (durch physikalische Denaturierung der genuinen Eiweißkörper).

5. Die Denaturierung der Milch kann nur dadurch vermieden werden, daß die Milchproduktion und der Milchtransport nicht nach den Methoden der Antisepsis, sondern einer möglichst weit getriebenen Asepsis durchgeführt werden. Ein Verfahren, das dieser Aufgabe genügen soll, muß in erster Linie unmittelbar am Produktionsorte ausgeübt und den technischen und Zeitverhältnissen der land-

wirtschaftlichen Betriebe in allen Einzelheiten angepaßt werden. Ferner müssen die Grundzüge eines solchen Verfahrens bestehen 1. in der technisch möglichst weit getriebenen Verminderung der Primärinfektion der Milch bei der Gewinnung, 2. in der Vermeidung jeder weiteren Kontaktinfektion bei der Abteilung der frisch ermolkenen Milch in die Verbrauchsmengen (Einzelportionen), 3. der Ausnützung der der rohen Milch innewohnenden bakteriziden Wirksamkeit ihres chemisch und physiologisch nativen Eiweißes durch geeignete Aufbewahrung der abgefüllten Milch. Ausgedehnte Versuche haben erwiesen, daß auf der skizzierten Grundlage eine Haltbarkeit roher Milch in chemisch und physiologisch nativen Zustande sehr wohl auf die für die allermeisten Verhältnisse genügende Dauer von 3—5 Tagen und länger erzielt werden kann, ohne daß unerschwingliche Ansprüche an die technische Leistungsfähigkeit und das Verständnis der die Milchverarbeitung ausführenden Personen gestellt werden müssen.

6. Solange die Tuberkulosebekämpfung beim Rinde, sei es nach Bang oder nach v. Behring, nicht in genügendem Umfange und mit erwiesenem Erfolg in die Kindermilchproduktion eingeführt ist, und solange die Maul- und Klauenseuche und andere Infektionen der Rinder nicht mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden können, wird es zur Sicherung gegen etwa vom Körper der Milchtiere aus direkt in die Milch gelangende pathogene Keime zweckmäßig sein, in die Technik der aseptischen Milchproduktion ein antiseptisches, keimtötendes Verfahren einzuschalten. Ein solches Verfahren hat die folgenden drei Forderungen zu erfüllen: Es darf 1. der Milch nichts Fremdes, sei es auch chemisch vielleicht harmloses hinzugefügt werden, 2. dabei keinerlei physikalische Manipulation mit der Milch vorgenommen werden, welche den bakteriologischen und physiologischen Zustand der nativ gewonnenen Milch ungünstig verändern könnte, und 3. muß das Verfahren, rasch und kontinuierlich wirkend, in den technischen Gang der Milchproduktion so eingefügt werden können, daß die Vorbereitung der Milch zur Verteilung an die Konsumenten und diese Verteilung selbst nicht, wie jetzt, stoßweise im Verlauf weniger Morgen- und Abendstunden erledigt werden muß, sondern wie alle anderen Arbeiten außerhalb der Landwirtschaft kontinuierlich und ohne zeitweilig abnorme Anspannung der Arbeitskräfte durchgeführt werden kann. Dazu geeignet erscheint die Benützung der bakterientötenden Kraft des ultravioletten Lichtes, welches durch geeignete technische Vorrichtungen zu einer kurz dauernden, aber intensiven Bestrahlung der Milch verwendet wird.

7. Eine Durchführung der aseptischen Milchgewinnung setzt, wie jede tiefgreifende technische Neuerung, eine Einführung der ausübenden Personen in das technische und im vorliegenden Falle möglichst auch das naturwissenschaftliche kausale Verständnis des Verfahrens und der ihm zugrunde liegenden bakteriologischen und physiologischen Erfahrungstatsachen voraus. Eine derartige Einführung der die Milchverarbeitung leitenden Personen kann ohne besondere Schwierigkeiten in Kursen von mäßiger Zeitdauer (ca. 3—4 Wochen) sehr wohl durchgeführt werden und würde nicht nur den Vorteil der technischen Ausbildung jener Personen, sondern zweifellos auch den einer Hebung ihrer Auffassung von der Bedeutung und den Pflichten ihres Berufes gegenüber der Allgemeinheit bieten.

8. Damit würde auch die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Kontrolle der Milch erhöht und, was vor allem nötig ist, in andere Bahnen gelenkt werden können. Die gegenwärtig übliche Kontrolle der Milch beschäftigt sich nur mit der Feststellung des Fett-, ausnahmsweise höchstens noch des groben Schmutzgehaltes der Milch. Die vielfach vorgeschlagene Beaufsichtigung der Milchproduktion durch Kommissionen, welche aus einem Arzte, einem Landwirte und einem Chemiker zusammengesetzt sein sollen, würde kaum geeignet sein, die Aufsicht zu vertiefen und zu erweitern, ja gewiß vielfach als Belästigung nach Art so vieler Maßregeln aufsichtspolizeilicher Natur empfunden werden. Durch eine sachgemäße Ausbildung und Beratung der Milchproduzenten könnte die öffentliche Beaufsichtigung der Milchproduktion und — nicht zu vergessen — des Milchtransports den Produzenten erträglicher und sympathisch gestaltet und dem Verständnisse der breiten konsumierenden Volksschichten näher gebracht werden, so daß schließlich unter dem Drucke der öffentlichen Meinung die strebsameren Elemente der Milchproduktion freiwillig jene öffentliche Beaufsichtigung und Beratung suchen würden.

9. Die Beaufsichtigung und Beratung der Kindermilchproduktion gehört weder

in die Hände der jetzigen Medizinal- und Wohlfahrtspolizei, noch der Chemiker und akademischen Hygieniker, sondern einzig und allein in die Hände von in der Säuglingsphysiologie und Säuglingsernährung geschulten und praktisch erfahrenen Kinderärzten, denen eine fortdauernde praktische Beobachtung der mit den kontrollierten Milchsorten erreichbaren Resultate, sei es an Kinderkrankenhäusern oder Säuglingsheimen, sei es in der Armen- oder Ziehkinderpraxis, ermöglicht werden müßte.

10. Da einerseits von seiten der oberen staatlichen Gesundheitsbehörden Verständnis und Initiative in der Säuglingsernährungs- und Kindersterblichkeitsfrage nicht in ausreichendem Maße zu erhoffen ist, andererseits aber auch die Notwendigkeit vorliegt, die Vorteile einer hygienisch einwandfreien Gewinnung von Säuglingsmilch besonders auch den unzulänglich bemittelten Volksschichten der großen Städte zugänglich zu machen, so erscheint es als eine der nächstliegenden Aufgaben der kommunalen Gesundheitsfürsorge, sich der Versorgung ihrer Bevölkerungsmassen mit hygienisch einwandfreier Kindermilch anzunehmen. Da die größeren Städte zugleich die Konsumentenzentren ausgedehnter landwirtschaftlicher Bezirke, welche an der Milchproduktion wirtschaftlich interessiert sind, bilden, so würde hinsichtlich der Verbesserung der Säuglingsernährung und der Bekämpfung der Kindersterblichkeit, ja der Hebung der Volkskonstitution auch eine Rückwirkung auf weite Strecken des flachen Landes zu erhoffen sein.

11. Die Kindermilchfrage ist, wie alle Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, keine bloße der Organisation, sondern noch viel mehr eine Geldfrage. Auch von diesem Gesichtspunkte aus gehört die Fürsorge für hygienisch einwandfreie Kindermilch zu den Aufgaben der Kommunalpolitik, genau so wie die Wasser- und Lichtversorgung und Krankenfürsorge. Zahlreiche Großstädte sind zurzeit schon aus Gründen der Bodenpolitik, der Kranken- und Waisenfürsorge im Besitze von Gütern, deren landwirtschaftlicher Betrieb meist an Private verpachtet ist. Solche Güter dürften in vielen Fällen nicht schwer für die Zwecke einer technisch und auch wirtschaftlich rationellen Erzeugung von Kindermilch für die unzulänglich bemittelten Bevölkerungsschichten der großen Städte auszugestalten sein, so zwar, daß diese Güter einerseits zu Musteranstalten für die Milchproduzenten der Umgebung entwickelt werden, anderseits ohne Beeinträchtigung der privaten Produktion zur wohl billigen, nicht aber zur unwirtschaftlichen und für den Volkscharakter verderblichen Umsonstlieferung von Milch an die unzulänglich bemittelten Bevölkerungsschichten beitragen sollten, deren Kinder bei mangelhafter Säuglingsernährung ja besonders durch spätere Erkrankung an Rachitis, Skrofulose und Tuberkulose der kommunalen Fürsorge und zwar dann unter erheblich höheren Kosten anheimfallen.

12. Sollten die Bestrebungen, die Milch durch Immunisation der Milchtiere in den Kampf gegen die Volkskrankheiten, insbesondere die Tuberkulose, zu führen, in Zukunft sich von Erfolg erweisen, so könnten die Vorteile einer aseptischen Rohmilcherzeugung und ihrer öffentlichen Beaufsichtigung und Beratung noch erheblicher Erweiterung zugängig und von beträchtlich größerer volkswirtschaftlicher und humanitärer Bedeutung werden.

Diskussion: Petruschky (Danzig): Redner verwahrt sich gegen Schloßmanns Angriffe, der statt Experimente ein pathetisches Wortgefüge gegeben hat, aber selbst durch Experimente und die sehr wünschenswerte Nachprüfung an anderen Orten könnte nicht die Richtigkeit, sondern nur die Allgemeingültigkeit des mangelhaften Vorkommens der Streptokokken widerlegt werden. Czaplewski habe inzwischen nach persönlichen Mitteilungen in Köln die Rolle der Streptokokken im Sinne Redners bestätigt; was die Pathogenität angeht, so könne sie nicht ohne weiteres am Tier gemessen werden, da die Virulenzunterschiede für Tiere und Menschen sehr weitgehende seien. Für die Menschenpathogenität sprächen Beobachtungen, die Streptokokken im Magen der verstorbenen Säuglinge in Mengen und fast in Reinkultur nachgewiesen haben. Auch bei größeren Kindern beobachtete Redner intensive Streptokokkenenteritis nach Genuß von stark streptokokkenhaltiger Milch. In der Cholerazeit kamen Pseudocholerafälle vor, die nur auf Streptokokken beruhten (vergl. Beck: Zeitschr. f. Hyg.). Man muß weitere einwandfreie Beobachtungen aus anderen Städten abwarten. Beistimmen muß er den Ausführungen Seifferts darin, daß die Milchproduzenten bakteriologisch besser zu unterrichten seien, um ihrerseits besser an der Beseitigung der Übelstände mitwirken zu können.

Herr Schloßmann (Dresden): Herrn Petruschky möchte ich gleich einige Worte erwidern, damit er eventuell Gelegenheit hat zu einer Replik. Nicht ohne guten Grund und nicht ohne diesbezügliche Untersuchungen habe ich mich dagegen gewehrt, daß die Petruschkyschen Streptokokkenfunde in der Milch verallgemeinert werden. Es sei hier ausdrücklich erwähnt, daß ich an dem gelegentlichen Vorkommen derselben niemals gezweifelt habe. Dagegen ist es nicht richtig, Befunde, wie sie Petruschky bringt, auch für andere als die Danziger Verhältnisse anzuerkennen. Vollkommen unrichtig ist es, von Eiter oder eiterähnlicher Beschaffenheit der Milch zu reden; Streptokokken und Eiter sind nicht identische Begriffe, das Wesentliche beim Eiter sind die Leukozyten. Endlich ist es bedauerlich, daß Herr Petruschky sich durch unrichtige Voraussetzung dazu bringen läßt, die kondensierte Schweizermilch und andere Konserven zu empfehlen, da die dazu verwendete Milch sehr häufig eine außerordentlich schlechte ist.

Petruschky: Solche Konserven, deren Herstellung aus verdorbenen Milchresten Schloßmann schilderte, meine ich natürlich nicht, ich habe ausdrücklich die kondensierte Schweizermilch und Biederts Ramogen empfohlen und auch diese nur für die relativ kurze Zeit des heißen Sommers und da, wo natürliche Ernährung ausgeschlossen. Ich kann auch hier nur von praktischer Nachprüfung eine ruhige und einwandfreie Beurteilung erwarten.

Czerny (Breslau) bedauert, daß die Frage der Kindermilch und die nach den Vorteilen der rohen Milch zusammengeworfen worden sind. Die behauptete Überlegenheit der rohen Milch über die gekochte Milch müßte erst durch ein enormes Material belegt werden, denn wir wissen, daß es mit gekochter Milch in unzählig vielen Fällen ausgezeichnet gut gegangen ist. Bisher haben die angestellten Versuche mit roher Milch gelehrt, daß man wohl auch so Kinder ernähren kann, daß aber ein Vorteil mit der Verwendung roher Milch nicht zu erreichen ist. Eine Verminderung der Säuglingssterblichkeit wird man mit roher Milch nicht erzielen, ebenso allerdings auch nicht mit der Verabreichung billiger einwandfreier Milch an das Proletariat, wenn nicht zugleich auch Stellen geschaffen werden, wo von gut vorgebildeten Ärzten eine Belehrung und Überwachung der künstlichen Ernährung der Säuglinge möglich ist.

Langstein (Berlin): Zu den theoretischen Ausführungen des Herrn Dr. Seiffert möchte ich bemerken, daß die von ihm angenommene toxische Wirkung der Albumosen und Peptone nicht diesen, sondern beigemengten bezw. mitgerissenen Substanzen zuzuschreiben sind. Zur Frage der Assimilation sei bemerkt, daß wir außer den theoretischen Ausführungen Hamburgers und Wassermanns über den äußerst wichtigen Versuch Cohnheims verfügen, der zeigte, daß die Assimilation des Zelleiweißes zu Zellprotoplasma wohl nur in Form von Spaltungsprodukten erfolge.

Heubner (Berlin): Gegen die Autorität des Herrn Petruschky als Streptokokkenforscher habe ich gar keine Einwendung zu erheben, aber ich muß Herrn Petruschky doch auch bitten, unsere Erfahrungen anzuerkennen, die durchaus dahin gehen, die Benutzung von Konserven als Säuglingsernährung wenigstens auf irgend längere Dauer zu verwerfen. Ich habe vor 10 Jahren auf Rat von Robert Koch Versuche gemacht, mit Konserven auf meiner Abteilung zu ernähren, ohne die geringste Besserung der Resultate. Was die rohe Milch anlangt, so stimme ich mit Herrn Czerny nicht überein, daß wir den Gebrauch durch die Hirtsche Broschüre gelernt haben, das war vielmehr die Barlowsche Krankheit.

Frau Dr. Rabinowitsch (Berlin): Gestatten Sie mir, meine hochverehrten Freunde, Prof. Schloßmann bezüglich der Streptokokkenfrage nur einige Worte zu erwidern. Daß die Streptokokken in der Milch vorkommen, hat Herr Schloßmann zugestanden. Ich glaube aber auf Grund meiner langjährigen Milchuntersuchungen und Erfahrungen in großstädtischen Milchbetrieben ein häufigeres Vorkommen derselben festgestellt zu haben, als es der Herr Vortragende anzunehmen scheint. Die Streptokokken kommen wenigstens in Berlin sowohl in der gewöhnlichen Marktmilch wie in den verschiedenen Kindermilchsorten in ganz beträchtlicher Anzahl vor; daß es sich um pathogene Streptokokken handelte, wurde eben durch den Tierversuch festgestellt, wie überhaupt die Frage des Vorkommens der Streptokokken in der Milch nicht nur durch mikroskopische Präparate und durch Kulturverfahren, sondern auch durch den Impfversuch an Meerschweinchen beantwortet werden muß. Auf die Streptokokken in der Berliner Markt- und Kinder-

milch hat auch Beck hingewiesen, während über die Herkunft eine ganze Anzahl von Arbeiten aus der tierärztlichen Hochschule in Bern vorliegen. Jene Autoren wiesen nach, daß die Streptokokken nicht nur von euterkranken Kühen herrühren, sondern vornehmlich von dem Stallboden und Stalldünger. Woher die Streptokokken stammen mögen, sie sind meines Erachtens ebenso der Berücksichtigung wert wie die anderen in der Milch vorkommenden pathogenen Mikroorganismen.

Brüning berichtet über Untersuchungen, die er an 37 Milchproben in Leipzig (25 mal Rohmilch, 12 mal sterilisierte Milch) nach der Methode von Petruschky angestellt hat. Einmal erwies sich die sterilisierte Milch nicht bakterienfrei, enthielt aber nur Stäbchen. Unter 20 Kuhmilchproben waren 18 mal Streptokokken vorhanden in Mengen von 100 bis 10000000, 2 Buttermilchproben enthielten 10000 bis 100000 Streptokokken, 3 Proben frischer Ziegenmilch waren streptokokkenfrei. Die Streptokokken waren nicht pathogen.

Salge (Berlin): Herr Seifert vergleicht die Assimilation der Nahrungsstoffe mit einer aktiven Immunisierung und glaubt, daß durch die Antikörper, die er in der Muttermilch voraussetzt, eine Grundimmunität geschaffen werden muß, um den Säugling vor einer chronischen Toxinvergiftung zu schützen; denn als solche faßt er, wie es scheint, die Atrophie usw. auf. Zugegeben, daß derartige Antikörper wirklich in der Milch vorhanden sind, so könnten doch nur die Antikörper der Frauenmilch für den menschlichen Säugling von Bedeutung sein, nicht auch die der Kuhmilch, was Herr Seifert durcheinander zu werfen scheint. Auch die Untersuchungen Brünings an jungen Ziegen, auf die sich Herr Seifert beruft, beweist gar nichts, denn es fehlt der Vergleich mit einem Tier, das mit roher artfremder Milch, z. B. Kuhmilch, ernährt wäre.

Petruschky gibt Redner zu bedenken, daß das Biedertsche Ramogen in manchen Fällen der Sommerdiarrhöe streng kontraindiziert ist. Bei den praktischen Ärzten erfreuen sich leider die Konserven noch viel zu großer Beliebtheit, und es ist sehr bedauerlich, daß eine solche Nahrung von wissenschaftlicher Seite überhaupt noch empfohlen werden kann.

Toeplitz (Breslau): Vom Standpunkte des praktischen Arztes muß ich den allerenergischsten Protest dagegen einlegen, daß hier von autoritativer Seite den Milchkonserven, besonders der kondensierten Schweizermilch das Wort geredet wird. Ich verfüge über mehr als 100 derartige Fälle, welche darauf mit den schwersten Magendarmstörungen reagierten und mit Mühe gerettet wurden. Die hiesigen Hebammen haben leider eine besondere Vorliebe für die Schweizermilch, welche eine schwere Schädlichkeit für Leben und Gesundheit der Säuglinge darstellt.

Selter (Solingen) protestiert im Namen Biederts dagegen, daß dieser seine Rahmkonserve für den dauernden Gebrauch empfohlen habe. Nur für ganz bestimmte Fälle soll sie angewendet werden.

Die Kindermilchfrage ist eine sehr praktische Frage. Er möchte Auskunft darüber haben, ob es notwendig ist, auf die Rasse der Kühe besonderes Gewicht zu legen.

Die Notwendigkeit der Einrichtung von Beratungsanstalten in Verbindung mit der Lieferung guter Milch kann nicht genug betont werden. Die Leiter derartiger Anstalten müssen aber wirklich durchgebildete Kinderärzte sein.

Rommel (München): Den von Seifert zitierten Tierversuchen Brünings möchte er Versuche aus der landwirtschaftlichen Literatur entgegenstellen, nach welchen zur Produktion von 1 kg Kalb von gekochter Milch 10,82 kg, bei Zusatz von Kochsalz nur 10,45 kg, von roher Milch dagegen 11,11 kg benötigt wurden, was jedenfalls auffordert, die Frage noch weiter zu prüfen.

Er empfiehlt weiter, namentlich für die großstädtischen Betriebe, die Tiefkühlung der Milch nach dem Helmschen oder ähnlichen Verfahren und glaubt nicht, daß eine so sehr große Verteuerung der Milch notwendig ist. Er stimmt Herrn Schloßmann zu, daß Trockenfütterung nicht notwendig und nicht zu empfehlen sei. Er will in die nach der Großstadt radiär zulaufenden Züge Milchwagen eingestellt haben, in denen während des Transportes eine Untersuchung der Milch möglich ist. Auch er schließt sich der von den Vorrednern geäußerten Ablehnung der Milchkonserven durchaus an. Schließlich macht er noch den Vorschlag, aus der Gesellschaft der Kinderheilkunde heraus eine Kommission zu ernennen, der, wie es auch Paffenholz verlangt hat, außer den Kinderärzten Landwirte und Landwirtschaftschemiker angehören müssen, damit die ganze

Frage der Kindermilch und der Milchversorgung großer Städte dauernd studiert werden kann. Schließlich will er auch noch eine reichsgesetzliche Regelung des Milchverkehrs haben.

Karstens (Leipzig): Die Hauptsache ist, daß die rohe Kindermilch gut in die Hände der Konsumenten gelangt. Rohe Milch läßt sich tagelang konservieren, wenn man sie 1. sauber gewinnt und 2. tief kühlt. Zur sauberen Gewinnung ist namentlich der von ihm angegebene Reformmelkeimer sehr geeignet. Verbessert wurde dieser noch durch das Auflegen von einem Stück Barchentstoff auf den Melkeimer, das nach jedesmaligem Gebrauch vernichtet wird. Die Milch wird auf diese Weise gleichsam sofort geseiht, ohne daß die gefährlichen Nachteile des gewöhnlichen Seihens, die Redner früher nachgewiesen hat, zu befürchten wären. Nicht veröffentlichte Untersuchungen von Prof. Nowack in Dresden haben ergeben, daß sich in dieser Milch nur 6000—8000 Keime befinden, während andere Milchsorten 200 000—300 000 und noch mehr Keime in 1 ccm aufwiesen. Auch er empfiehlt sehr warm das Helmsche Verfahren der Tiefkühlung und beschreibt es kurz. Eine diesem Verfahren entsprechende Tiefkühlung und Konservierung wird auf seine Veranlassung auf einem in der Nähe Leipzigs gelegenen Rittergute durchgeführt und er ist mit den gemachten Erfahrungen sehr zufrieden.

Neißer (Frankfurt a. M.) will auch dem Hygieniker die Rolle bei der Frage der Milchversorgung und der Kindermilch nicht verkümmern lassen. Eine reine und frische Milch wäre am leichtesten zu bekommen, wenn man die Tiere in der Behausung des Konsumenten melkt. Die Auffassung Seiferts, daß Antikörper gegen giftige Verdauungsprodukte in der Milch vorhanden sein sollen, kann N. nicht teilen, denn bisher ist es nie gelungen, gegen Peptone und Albumosen Antikörper zu erzielen.

Schaps (Dresden) berichtet kurz über einen mit Formalin (1 : 10000) ernährten Säugling. Das Kind kam zur Sektion 5 Wochen nach dieser Ernährung, die 20 Tage gedauert hatte.

Neben älterer rechtsseitiger Pleuritis, hämorrhagischem Hydrocephalus externus, Leptomeningitis chronica war der obere Dünndarm vom Pylorus abwärts in einer Länge von 70 cm mit follikulären Geschwüren belegt. Mit der Entfernung von Pylorus nahmen auch die Geschwüre an Häufigkeit ab. Der übrige Darm war im wesentlichen frei. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine oberflächliche Nekrose der Schleimhaut und eine entzündliche, bis an die Muskulatur reichende Infiltration, er glaubt, daß diese Geschwüre mit dem Formalinzusatz zur Milch in Verbindung zu bringen sind. Aus dem einen Fall kann man ja nicht allzuviel schließen, indessen dürften weitere Versuche mit Formalinmilch am Säugling nicht berechtigt sein.

Ibrahim (Heidelberg) betont, daß neben der Sorge für Kindermilch das Publikum auch zur richtigen Wertschätzung der guten Kindermilch erzogen werde. Gerade der Armenbevölkerung kann man die Milch nicht als solche, auch nicht in zurecht gemachten Einzelportionen zur Verfügung stellen; denn diese Nahrungen sind doch für gesunde Kinder berechnet und diese Kinder sind meistenteils krank. Er glaubt, daß Vorsorge getroffen werden muß, daß diese Kinder unter ärztlicher Leitung individuell ernährt werden.

Piorkowski (Berlin) hat bei Untersuchung der Milch der sogenannten Sanitätsmolkereien in Berlin nach der Petruschkyschen Methode in 70% der Fälle Streptokokken gefunden. Er empfiehlt eine Methode, die darin besteht, daß er zu einem Reagenzglas frischer, gut durchgeschüttelter Milch etwa 10 Tropfen alkalischer Methylenblaulösung zusetzt. Nach 1—2 Stunden kann man dann im hängenden Tropfen sehr oft (25% der Fälle) recht reichliche Mengen von Leukozyten nachweisen. Es ist demnach doch große Vorsicht geboten. In bezug auf den Übergang von Giften durch das Kuhfutter in die Milch teilt P. eine Erfahrung mit, die er vor kurzem machen konnte. Er fand Kolchicin in einer Milch und konnte feststellen, daß auf der Weide der betreffenden Kuh reichlich Colchicum autumnale gewachsen war.

Schloßmann (Schlußwort): Den Nachweis von Kolchicin in der Milch erlaube ich mir zu bezweifeln. Die Kühe fressen das frische Kolchikum gar nicht. Was die Rasse der Tiere anbetrifft, so ist nur darauf zu sehen, daß solche eingestellt werden, die möglichst unempfindlich gegen Tuberkulose sind. Vor einem Reichs-Milchgesetz warnt Schl., denn das würde weiter nichts wie ein Produzentengesetz werden.



Sitzung vom 21. September 1904, nachmittags.

Vorsitzender: Herr Pfaundler (Graz).

Rauchfuß (Petersburg) berichtet über ein Symptom bei **Pleuritis**, das in der italienischen Literatur jetzt eben beschrieben wurde, ihm aber schon seit einer Reihe von Jahren bekannt und eingehenden Studien unterzogen worden ist. Es handelt sich um eine dreieckige Dämpfung, die bei einem rechtsseitigen pleuritischen Exsudat links hinten neben der Wirbelsäule nachzuweisen ist. Die beiden Katheten des Dreiecks werden von der Wirbelsäule und der unteren Lungengrenze gebildet. Je stärker das Exsudat ist, desto länger wird die Hypotenuse des Dreiecks. Die Dämpfung ist zum Teil auf eine Verlagerung des Herzens, zum Teil aber darauf zurückzuführen, daß durch die Ansammlung von Wasser und die Kompression der Lunge andere Resonanzverhältnisse geschaffen werden als im normalen. Bei Pneumonie findet sich diese Dämpfung nicht, weil hierbei die Lunge doch stets noch zu weich bleibt, um einen so festen Resonanzboden zu geben. Sehr interessante Demonstrationen — auch an einem lebenden Kinde — erläutern die Ausführungen des Vortragenden, der auch noch geschickt angestellte Versuche an der Leiche, die diese Verhältnisse künstlich nachahmen, mitteilt.

Zappert (Wien): **Über paradoxes Schwitzen der Kinder.**

Die Affektion besteht darin, daß Schweißsekretion nur bei Kältewirkung auftritt, hingegen bei Erwärmung verschwindet. Auffallend war auch bei dem Fall des Redners der Umstand, daß das Schwitzen sich auf Hand, Rücken, sowie die Dorsalfläche der Vorder- und Oberarme und schließlich auf Rücken und Brust erstreckte, hingegen die Handteller, Achseln, Stirne, sowie die untere Körperhälfte frei ließ. Diese paradoxe Schweißbildung trat periodenweise im Winter auf und scheint sich nach 4 jährigem Bestehen — das Kind war zu Beginn der Anfälle 2 Jahre alt — allmählich zu verlieren.

Redner hält für diesen Fall, dem er nur einen ähnlichen von Kaposi zur Seite stellen kann, die Einreihung in eine Gruppe suboraler Reflexneurosen für berechtigt, bei denen die abnorme Schweißbildung das einzige pathologische Symptom darstellt. Außer diesem paradoxen Schwitzen gibt es noch anderweitige ungewöhnliche Erscheinungen der Schweißproduktion, die in diese Gruppe einzureihen wären. Als Angriffsstelle des Reflexes wäre ein spinales Schweißzentrum anzusehen.

Pfaundler (Graz) demonstriert einen Apparat, der automatisch die **Urinentleerung** der Säuglinge anzeigt. Er besteht aus 2 je $^1/_4$ qm großen, sehr geschmeidigen Metallnetzen, die die Pole einer elektrischen Kette darstellen, in welche eine Klingel eingeschaltet ist. Zwischen die beiden Metallnetze kommt eine trockene Windel, sobald diese feucht wird, schließt sich der Strom und es klingelt. Man kann statt des Läutewerks auch ein Induktorium in Betrieb setzen, das dem betreffenden Patienten dann faradische Schläge erteilt. Diese Anordnung hat dem Vortragenden verschiedentlich schon bei Enuresis nocturna auch therapeutisch gute Dienste geleistet, was sich ja auch leicht erklärt, wenn man mit Thiemich für viele Fälle der Enuresis nocturna eine hysterische Grundlage annimmt.

IV. Neue Bücher.

R. Müllerheim. **Die Wochenstube in der Kunst.** Stuttgart 1904. Verlag von F. Enke. Preis: Mk. 16.

138 prächtige Reproduktionen von Bildern alter Meister, hauptsächlich italienischer, niederländischer, französischer, begleitet von einem kurzen, erläuternden Texte. Die Bilder betreffen die Wochenstube, Betten, Geburtsstühle, Pflege der Wöchnerin und des Kindes, Kleidung des Kindes, seine Ernährung, Kultur der Wöchnerin usw. und sind ein wichtiger Beitrag zur Kulturgeschichte der Medizin sowie der Sitten und Gebräuche verschiedener Zeitalter und Völker. Wir können dem Autor für dies Werk dankbar sein, nicht minder dem Verlage, der es ganz vorzüglich ausgestattet hat. Das Buch eignet sich sehr als Geschenk für Ärzte und deren Gattinnen und dürfte freudigste Aufnahme finden. Grätzer.

H. Bösbauer, L. Miklas, H. Schiner. **Handbuch für Schwachsinnigenfürsorge.** Wien 1905. Verlag von K. Gräser & Kie. Preis: Mk. 3,20.

„In der gesamten Fachliteratur mangelt bis heute an einer übersichtlichen, die modernen Fortschritte berücksichtigenden Darstellung der heilpädagogisch und sozialcharitativen Hilfstätigkeit für Schwachsinnige. Das Handbuch der Schwachsinnigenfürsorge soll als ein verläßlicher Ratgeber in allen einschlägigen Fragen dienen und Eltern und Lehrern namentlich praktische Winke für die Erziehung schwachsinniger Kinder, bezw. für die Verhütung einer verderblichen Entwicklung des kindlichen Geistes bieten. Vertreter der öffentlichen wie der privaten Wohltätigkeit, Schulbehörden und Verwaltungsorgane, Ärzte und Gerichtspersonen werden aber in diesem Buche eine systematische Vorführung aller Formen der Fürsorge wie der Schutzmaßregeln für schulpflichtige wie erwachsene Schwachsinnige finden und durch die in diesem Umfange noch nicht erschienenen Literaturnachweise sichere Anhaltspunkte zur gründlichen Bearbeitung dieses so sehr vernachlässigten Wohlfahrtsgebietes erhalten.“ So schließen die Herausgeber die „Einleitung“ des Buches, und sie sagen nicht zu viel. Sie haben in der Tat ein gründliches kurzes Handbuch über alle wichtigen Fragen geschrieben, ein Buch, das sich durch Klarheit und Präzision des Textes, durch zweckmäßige und übersichtliche Anordnung des Stoffes auszeichnet und am Schlusse ein außerordentlich genaues Register bringt. Grätzer.

E. Lederer. **Die Therapie an den österreichischen Universitätskliniken.** Verlag von A. Hölder. Wien und Leipzig. Preis: Mk. 1.

Es ist ein Verdienst des Herausgebers, des Chefredakteurs der „Ärztlichen Zentral-Zeitung“, daß er die in dieser Zeitschrift erschienenen beiden Artikelserien: „Die Therapie der Geistesstörungen an der psychiatrischen Klinik in Graz“ und „Die Therapie in der Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik in Graz“ in Buchform zusammengestellt hat. Die Artikel sind kurz und klar, alphabetisch geordnet, das Ganze also ein sehr brauchbares therapeutisches Lexikon in gedrängter Form, das vielen Praktikern willkommen sein wird. In dem zweiten Abschnitte findet auch die Behandlung des gesunden und kranken Neugeborenen volle Berücksichtigung. Grätzer.

R. Hecker und J. Trumpp. **Atlas und Grundriß der Kinderheilkunde.** (Bd. 32 von Lehmanns Medizin. Handatlanten.) München 1905. Verlag von J. F. Lehmann. Preis: Mk. 16.

Es war ein glücklicher Gedanke der beiden bekannten Münchener Pädiater, auch der Kinderheilkunde einen Atlas zu widmen. Haben doch so und so viele Mediziner während des Studiums nur recht spärliche Gelegenheit, kranke und abnorme Kinder vor sich zu sehen. Solchen Ärzten wird dieser Atlas mit seinen prächtigen, der Natur ausgezeichnet abgelauschten Bildern eine hochwillkommene Gabe sein. Aber auch die anderen Kollegen werden es freudig begrüßen, hier einen kurzen, sehr gut ausgearbeiteten Grundriß der Kinderheilkunde in die Hand zu bekommen, einen Grundriß, der sich noch dadurch besonders auszeichnet, daß das Gesagte begleitet wird von überaus lebenswahr gezeichneten und in ganz hervorragender Weise reproduzierten Illustrationen. 48 farbige Tafeln und 144 schwarze Abbildungen, recht zweckmäßig ausgewählt, schmücken das Werk. Klinische Krankheitserscheinungen, Mißbildungen, Operationen, mikroskopische Bilder, pathologisch-anatomische Präparate, — alles wird dem Leser vor Augen geführt. Das Werk stellt ein pädiatrisches Unterrichtsmittel ersten Ranges dar und dürfte weiteste Verbreitung finden. Grätzer.

Notiz: **Herr Prof. Eversbusch (München) ist zurzeit so beschäftigt, daß die aus seiner Augenklinik hervorgegangene Arbeit auch für dieses Heft noch nicht druckfertig gemacht werden konnte, das soll aber in nächster Zeit geschehen, so daß wir voraussichtlich bald in der Lage sein werden, den Aufsatz zu bringen.**

Die Redaktion.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



L. & H. Vial & Uhlmann
Chem. pharmaceut. Laboratorium
Frankfurt a/Main
Vial's tonischer Wein
erhältlich in allen Apotheken
aus Fleischsaft, Königs-Chinarinde, Kalk-Lactophosphat, den wichtigsten Nährstoffen der Muskelsubstanz, der Nerven und des Knochensystems.
Aussergewöhnlich appetitanregend!
Bestes Kräftigungs- u. Stärkungsmittel
bei Reconvalescenten, schwächlichen Kindern, Bleichsüchtigen, Neurasthenikern, stillenden Frauen und Magenleidenden.
Litteratur und Proben zu Diensten.



Dr. Chr. Brunnengräbers
Malz-Extrakt
in Crystallform
Professor E. Stadelmann schreibt:
„Ein Esslöffel voll besitzt den Wert eines Eies“
Anwendung bei Unterernährung,
Anämie, Rachitis, Ikterus. Ersatz für Fette.
Niederlagen in sämtlichen Apotheken
Proben und Literatur gratis und franko von
Dr. Chr. Brunnengräber, Rostock i. M.
Dr Chr. Brunnengräber's
MALZEXTRACT
in Crystallform
Waarenzeichen eingetragen
Chemische Fabrik

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. März 1905. No. 3.

I. Originalbeiträge.

Über Aristochin.

Von

Dr. **Ernst Deutsch** (Budapest).

„Kina“ bedeutet peruanisch Rinde, „Kinakina“ Rinde besonderer Güte. Dieses Pflanzenprodukt verdient auch im vollsten Maße dies Epitheton ornans, — seit 1639, in welchem Jahre es an der Gräfin del Chinchon zum ersten Male angewendet wurde, bis zu dem heutigen Tage. Die modernen therapeutischen Nihilisten singen ebenso das Lob dieses Mittels, wie Barba P. in seiner Arbeit „Vera praxis ad curationem tertianae“ (Sevilla 1642).

Doch besitzt leider diese Arznei dieselben lästigen Eigenschaften, wie die meisten der wirkungsvollen Drogen, sie bringt Nebenerscheinungen hervor und ihre Einnahme ist durch den leidigen Geschmack erschwert. Der bittere Geschmack des Chinins ist sprichwörtlich geworden und ist jeder sorgsamen Mutter diese Eigenschaft des Mittels bekannt; darum verwendet sie auch diese Kenntnis zur Heilung des Nägelbeißens bei ihren Kindern. Das Unangenehme des Chininrausches kennt jeder Arzt zur Genüge, denn jeder von uns hat die Worte Stanleys (through the dark continent. London. 1878. I. 145), dass, nachdem „Quinquinized myself thoroughly“ das Übel schwand und ein neues auftrat, — in den verschiedensten Variationen von seinen Klienten vernommen.

Besondere Schwierigkeiten verursacht die Darreichung dieses Mittels dem Pädiater, — dem die Einnahme des Chinins von seiten seiner kleinen Patienten auf das Entschiedenste zurückgewiesen wird.

Daher warf sich die moderne Arzneifabrikation auf die Aufgabe, ein Präparat zu schaffen, das alle Vorteile des Chinins besitzt, ohne dessen unangenehmen Eigenschaften zu haben. Die Reklametrommel wurde gerührt und eine Unmenge neuer Erzeugnisse wurde auf den Markt geworfen, doch hielten diese Präparate nicht das, was sie versprochen. Der Geschmack dieser Chininpräparate war nur in den Lobschriften der Fabriken angenehm, der Inhalt an Chininbasis verschwindend klein, die Löslichkeit im Magensaft mangelhaft und den lästigen Chininrausch brachten auch sie hervor.

Endlich wurde mit der Fabrikation des Aristochins das angestrebte Ideal erreicht, — es ist wirklich geschmacklos, löst sich in saurem Medium leicht, sein Alkaloidgehalt ist groß und die ver-

ursachten Nebenerscheinungen sind verschwindend klein und treten exzeptionell auf. Allaria (Medizinische Blätter. 1903. No. 14) behauptet daher mit recht: „Ich glaube, daß die Pädiatrie das Gebiet ist, auf dem dieses neue Chinin-Ester mit besonderem Erfolg angewendet werden kann und zwar wegen seiner absoluten Geschmacklosigkeit bei einer dem Chinin. mur. gleichen therapeutischen Wirksamkeit.“

Das Aristochin $CO\begin{cases} O.C_{20}H_{23}N_2O \\ O.C_{20}H_{23}N_2O \end{cases}$ dichininkarbonat entsteht durch Einwirkung von $COCl_2$ oder Phenolkarbonat auf Chinin. Es ist absolut geruch- und geschmacklos, löst sich in Chloroform und Alkohol leicht, in Äther schwer, in 5,3 cm^3 0,25 % Salzsäure (0,104 Aristochin) gut, in Wasser nicht. Sein Chiningehalt ist unter den bekannten Präparaten, wie aus folgender Tabelle zu ersehen, der größte.

100	Teile	Chininum	muriaticum	enthalten	81,71	Chinin
„	„	„	bihydrochloricum	„	81,61	„
„	„	„	lacticum	„	78,26	„
„	„	„	hydrobromicum	„	76,60	„
„	„	„	sulfuricum	„	74,31	„
„	„	„	sulfovinatum	„	72,16	„
„	„	„	bihydrobromicum	„	60,67	„
„	„	„	bisulfuricum	„	59,12	„
„	„	„	salochinin	„	73,0	„
„	„	„	aristochin	„	96,1	„

In der Verdünnung 1:20000 tötet das Aristochin Monocellularorganismen. Aus dem Geschilderten geht hervor, daß das Aristochin den Anforderungen wirklich in jeder Beziehung entspricht.

„Das Chinin gilt seit der Empfehlung von Binz als dasjenige Mittel, welchem noch am meisten eine spezifische Wirkung auf den Keuchhusten zugeschrieben werden könnte“ meint mit vollstem Recht Ganghofner (Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Bd. 1. S. 331) und er setzt hinzu: „Eine Hauptschwierigkeit der Chininbehandlung des Keuchhustens bildet der bittere Geschmack, weshalb es die Kinder oft verweigern.“ Seit Einführung des Aristochins fällt die letztere Bemerkung weg. Stursberg (Münch. med. Wochenschr. 1902. No. 45) wendete Aristochin bei 18, Kittel (Therapeutische Monatsh. 1903. VIII.) bei 34, Bargebuhr (Deutsch. med. Wochenschr. 1904. No. 27) bei 32 Pertussisfällen zu ihrer vollsten Zufriedenheit an, ohne böse Nebenerscheinungen beobachtet zu haben. Durch genannte Erfahrungen ermutigt, ordinierte ich dies Mittel bei 35 Erkrankungen dieser Art. Acht stammen aus der Privatpraxis, 27 behandelte ich in der Gratismilchanstalt ambulatorisch. 4 Fälle verlor ich aus den Augen, bei fünf, die sich auf dem Höhepunkt des Krampfstadiums vorstellten, beobachtete ich keinen Erfolg, bei den übrigen war der therapeutische Effekt, da die Quantität und Qualität der Anfälle sich günstig änderte, ein entsprechender. Je früher und in je größeren Dosen das Aristochin gereicht wird, desto eher ist der gewünschte Erfolg zu erwarten. Wenn die gewöhnliche Einzelgabe 0,05—0,1 bei Säuglingen und 0,3 bei größeren Kindern 3mal täglich nicht genügt, so verabreiche ich 0,2—0,25 und 0,4—0,5 eben-

falls 3mal und habe nie die lästigen Symptome des Chininrausches beobachtet. Wenn man es im ersten Stadium der Krankheit reicht, ist der Krankheitsverlauf ein abgekürzter, die Anfälle selten und mild verlaufend. Eklatant waren die Erfolge bei 11 Kindern, in deren Umgebung typische Erkrankungen beobachtet wurden, und ich daher in der angenehmen Lage war, gleich in dem ersten Stadium das Mittel anzuwenden. Am Anfang des II. Stadiums es reichend, konnte ich den Einfluß auf die Einzelfälle konstatieren, ohne die Krankheit selbst verkürzt zu sehen. Bei überaus gehäuften und heftigen Attacken kombiniere ich in den ersten Tagen der Behandlung das Aristochin mit Heroin oder Dionin. Bei früher Anwendung dieses Mittels entwickeln sich pulmonale Symptome äußerst selten, wenn doch, empfehle ich Kreosotal anzuwenden.

Wegen der krampfhustenstillenden Eigenschaft des Aristochins wendete es Dresler (Die therapeutische Gegenwart. 1903. Heft 12) bei drei Fällen von Asthma bronchiale erfolgreich an; diese Erfahrung kann ich auf Grund eines Falles nicht bestätigen. Meinerseits glaube ich nicht an eine direkt krampfstillende Wirkung, sondern bin der Meinung, daß der Erfolg des Aristochins bei Pertussis einer bakterientötenden Eigenschaft zuzuschreiben ist.

Die neuesten Forschungen haben bewiesen, daß sämtliche entzündlichen Erkrankungen der Rachengebilde bakteriellen Ursprung haben, die entsprechende antibakterielle Behandlung ist daher indiziert. Es ist heute eine bewiesene Tatsache, daß eine oft harmlos scheinende Angina Eingangspforte für folgenschwere Gelenk- und Herzerkrankungen bilden kann. Ich habe selbst im vergangenen Jahre im hiesigen Waisenhause zwei solche Fälle erlebt; bei beiden Knaben trat nach einer Tonsillitis follicularis Polyarthritis rheumatica und Endokarditis auf. Die nichtssagende Behandlung mittels Gargarismen ist daher zu verwerfen und eine energische antibakterielle Therapie angezeigt. Auf diesem Gebiete leistet das Aristochin Überraschendes. Die Eltern meiner Klienten sind sich der Wichtigkeit der Rachenuntersuchung bewußt und rufen mich bei Erscheinen der minimalsten Symptome; in diesem Anfangsstadium der Erkrankung gereicht, kupiert das Aristochin meistens die Fortentwicklung und bietet, meiner Ansicht nach, ein Prophylaktikum gegen sekundäre Erscheinungen. Einige Stunden nach Verabreichung des Mittels tritt Schweissausbruch und gewöhnlich kritischer Abfall der Symptome auf. Bei 50 solcher Fälle leistete mir das Aristochin hervorragende Dienste.

Kunst (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. 1904. VIII.) und Allaria (Medizin. Blätter. 1903. No. 14) behandelten 18 Malariafälle mit Aristochin, der Erfolg war ein ausgezeichneter. Bei zwei Waisenknaben und einem Fall aus der Privatpraxis, die auf Chinin. muriat. und Euchinin mit Erbrechen, Kopfschmerzen und Ohrensausen reagierten, wendete ich Aristochin ohne lästige Nebenerscheinungen mit promptem Erfolge an.

Einem an Endokarditis leidenden Zögling des Waisenhauses, bei dem sich nach Chininum sulf. und mur. stets Erbrechen zeigte, ordinierte ich, dem Zustande der Herzaktion entsprechend, kleinere und

größere Dosen des Aristochins, der gewünschte Temperaturabfall trat ein. Symptome von seiten des Magens zeigten sich nicht.

Bei fünf hyperpyretisch verlaufenden Scharlach- und zwei Masernfällen meiner Privatpraxis lernte ich das Aristochin als ein verläßliches, das Herz nicht schädigendes Antipyreticum kennen. Obwohl ich bei den akuten Infektionskrankheiten nicht auf dem Standpunkt stehe „Febrim esse delendam", glaube ich hyperpyretischen Temperaturen nicht nur hydropatisch, sondern auch mittels Antipyreticis entgegentreten zu müssen.

Auf Anraten Allarias wendete ich nach Liebermeisterschem Muster das Aristochin auch bei einem Falle von Typhus abdominalis an; auch in diesem Falle bewährte sich dies Präparat.

All das Gesagte zusammenfassend, können wir das Aristochin als das erreichte Endziel der modernen Chininfabrikation betrachten.

II. Referate.

J. Cronquist, Das Wechselfieber im Kindesalter. (Die Heilkunde. 1905. No. 1.) Der schwedische Kinderarzt teilt die Erfahrungen mit, die er bei 77 kindlichen Fällen von Wechselfieber gemacht hat. Er teilt diese ein in solche mit Febris intermittens und solche mit Malaria larvata. Bei letzterer unterscheidet er wieder Malaria enteritica, neuralgica, cephalalgica. C. gibt ein kurzes Resumé über seine Beobachtungen, bespricht die Differentialdiagnose, Prognose und endlich die Therapie, auf die er dann genauer eingeht.

Die einzige wirksame Therapie ist die Chininbehandlung. Dosis für die Kinder im ersten Lebensjahre mindestens 50 cg, am besten 75 cg, und für alle anderen 1 g Chinin. hydrochloric. oder eine entsprechende Menge der anderen Chininsalze (das Chlorid enthält 80 % Chinin, das Sulfat 74 %, das gerbsaure Salz 30,23 %, Aristochin ca. 96 %). Am besten ist nach C. das Chlorid wegen seines hohen Chiningehaltes und seiner leichten Löslichkeit. Aristochin enthält ja noch mehr Chinin, ist auch geschmacklos, aber die Wirkung ist nicht immer eine so sichere, was vielleicht von der Schwerlöslichkeit abhängt.

C. gibt gewöhnlich einige Stunden vor der ersten Chinindosis ein Laxans oleosum. Um den bitteren Geschmack des Chinins zu verdecken, pflegt er Kindern unter 1—2 Jahren das Mittel in Pulverform in Marmelade, Honig oder Kaffee zu geben. Die Zimmerschen Schokoladenplättchen werden gern genommen, ihre Wirkung ist jedoch ziemlich unregelmäßig. Aristochin ist zuverlässiger, aber auch nicht von absolut konstanter Wirkung. Größere Kinder erhalten am besten Pillen oder Kapseln. Man gibt Chinin 4—5 Stunden vor dem Anfange des Anfalls, in afebrilen Fällen vor dem Anfange der Neuralgie, Kopfschmerzen usw. C. pflegt das Mittel in voller Dosis 3 Tage nacheinander zu verabreichen, dann einige Tage auszusetzen und sodann

wieder 3 Tage die vollen Dosen zu repetieren, dann wochenlang während 2—3 bestimmten Tagen jeder Woche 10—15 cg 4—6 mal täglich zu ordinieren, um Rückfällen vorzubeugen. Grätzer.

Johan Cronquist (Schwede), Beitrag zur Kenntnis vom Wechselfieber und besonders dessen larvierten Formen bei Kindern. (Nordisk medicinskt Arkiv. 1903. Abt. II. Heft 2. No. 9 u. Heft 3. No. 13.) Vor 4 Jahren veröffentlichte der Verf. 16 Fälle von Kopfschmerzen bei Kindern, verursacht durch das Wechselfieber; die Diagnose wurde durch den Nachweis von Malariaplasmodien im Blute der Kranken gestellt (Nord. med. Arkiv. 1899). In der jetzigen Abhandlung werden 67 Fälle von Wechselfieber beschrieben, welche der Verf. im Verlaufe der letzten 5 Jahre beobachtet hat. Mehr als zwei Drittel der Fälle sind bei Kindern vorgekommen; die größte Anzahl ist in Malmö oder in den dieser Stadt zunächst liegenden Gegenden beobachtet worden. Die Diagnose wurde durch den Nachweis der Malariaplasmodien im Blute bestätigt, wenn die klassischen Symptome der Krankheit nicht ganz unzweifelhaft vorhanden waren. Unter dem Namen Febr. intermittens faßt der Verf. die Fälle zusammen, in welchen das Fieber das Krankheitsbild beherrschte, unter dem Namen Malaria larvata die Fälle, in welchen das lokale Symptom das lästigste war; in den letzten Fällen war die Körperwärme entweder normal (Malaria larvata afebrilis), oder es war niedriges Fieber vorhanden (Malaria larvata febrilis). Die Fälle, welche die Kinder betrafen, ordnet der Verf. folgenderweise:

	Männliche					Weibliche				
		Malaria larvata					Malaria larvata			
	Febr. intermittens	enteritica	neuralgica	cephalalgica	Summe	Febr. intermittens	enteritica	neuralgica	cephalalgica	Summe
0— 1 Jahr	1				1	1				1
1— 5 „	3	1		1	5	3	3			6
5—10 „		1		1	2	3			5	8
10—15 „	2		1	12	15				9	9
Summe:	6	2	1	14	23	7	3		14	24

Der größte Teil der Abhandlung besteht aus einer detaillierten Kasuistik aller 67 Fälle. Die verschiedenen Krankheitsbilder, Diagnose, Prognose und Behandlung werden eingehend besprochen. Der Verf. betrachtet die lokalen Symptome in den afebrilen Fällen nicht als Folgesymptome, sondern als ein Äquivalent für den Wechselfieberanfall. Der Verf. hält sich berechtigt auszusprechen, daß selbst in veralteten Fällen Genesung eintritt, wenn nur Arzt und Pat. hinreichend härtnäckig mit der Chininbehandlung fortfahren, sollte diese auch eine längere Zeit als mehrere Monate beanspruchen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

G. Trautmann, Beitrag zum Wesen des Drüsenfiebers unter Berücksichtigung des Lymphsystems und der Bakteriologie. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 3.) In einer geistreichen Arbeit, zu welcher ihm ein sorgfältig beobachteter Fall von sogenanntem Drüsenfieber bei einem 4jährigen Knaben die Veranlassung gab, unterzieht T. die einschlägigen Fälle der Literatur einer eingehenden Kritik und kommt dabei zu beobachtenswerten Konsequenzen.

Das sogenannte Drüsenfieber ist nach ihm vorwiegend eine Krankheit des Kindesalters und bedeutet in seinem der Krankheit die Signatur gebenden klinischen Bilde als Lymphadenitis, vornehmlich der Nackendrüsen und weiterhin der übrigen Hals- und Achseldrüsen, nur einen symptomatischen Ausdruck einer infektiösen Erkrankung im Nasenrachenraum, speziell der Pharynxtonsille, ganz analag irgend einer Form der Angina tonsillaris. Dabei können entzündliche Nebenerscheinungen in der Mundhöhle und Nase bestehen. Die Lymphadenitis beim Drüsenfieber stammt aus dem Lymphquellgebiete des Infektionssitzes, welcher mit den affizierten Drüsen in Verbindung steht.

Bei der Propagation des Infektionsstoffes bilden die hinteren und seitlichen Pharynxdrüsen die erste Etappe oder Durchgangsstation. Im fortgeschrittenen Alter atrophieren nur die inkonstanten retropharyngealen Drüsen, die konstanten lateralen dagegen persistieren. Damit erklärt sich das seltene Vorkommen des Drüsenfiebers bei Erwachsenen, bei welchen in Ermangelung einer Pharynxtonsille der Sitz der Infektion die Schleimhaut des Nasenrachenraumes selbst sein kann. Die Verschleppung eines Krankheitsstoffes von den Gaumenmandeln aus vollzieht sich auf anderen Lymphbahnen und zu anderen Drüsen, nämlich zu den Gl. submaxillares, welche in diesem Falle dann die erste Etappe darstellen. Deshalb bleiben bei solcher Lokalisation des Erkrankungsprozesses die Nackendrüsen frei. Bei kombiniertem Infektionssitz im Nasenrachenraum und in der Mundhöhle können die dem beiderseitigen Lymphquellgebiet zugehörigen Drüsen, die Nacken- und Submaxillardrüsen, anschwellen.

Das Drüsenfieber ist kein Morbus sui generis. Dasselbe ist eine Infektionskrankheit mit verschiedener bakteriologischer Ätiologie. Die im beschriebenen Falle nachgewiesenen Streptokokken können nicht allgemein als ausschließliche Krankheitserreger angesehen werden, und man kann deshalb trotz deren Ursächlichkeit im einzelnen Falle das Drüsenfieber nicht schlechtweg als Streptokokkeninfektion bezeichnen. Wie die Angina tonsillaris kann auch das Drüsenfieber durch die verschiedensten Bakterien hervorgerufen werden, ja, man muß sogar annehmen, daß es der alleinige Ausdruck irgend einer im Nasopharynx lokalisierten und anderweitig nicht in Erscheinung tretenden gewöhnlichen Infektionskrankheit rudimentärer Form sein kann. Die Anschwellung der Nackendrüsen für sich allein ist kein absolutes pathognomisches Zeichen für Lues. Die Beschränkung des Krankheitsprozesses auf die allernächstgelegenen oder die Propagation auf die entfernten Lymphdrüsen, sowie das Auftreten von Komplikationen (Nephritis usw.) ist von der Resistenz des befallenen Körpers

oder des in Betracht kommenden Gewebes und von der Virulenz des jeweiligen Krankheitserregers abhängig. Hecker.

P. Haushalter et **Richon** (Nancy), Deux cas de lymphadénie dans l'enfance. (Archives de méd. des enfants. Mai 1904.) In dem einen dieser Fälle handelte es sich um einen 10jährigen Knaben, welcher vorübergehend an Tuberkulose gelitten hatte, später nach 5jährigem Wohlsein, an Skabies erkrankte, worauf sich eine Polyadenie entwickelte, welche namentlich in der Hals- und Mediastinalgegend stark in Erscheinung trat und zu Kompressionserscheinungen führte. Eine progressive, rasch verlaufende Anämie trat gegen das Ende des Krankheitsprozesses auf und endlich erfolgte der Tod unter den Erscheinungen einer Bronchopneumonie. Die Nekropsie zeigte eine allgemeine Hypertrophie der blutbereitenden Organe mit lymphomatösen Bildungen in verschiedenen Organen. Mikroskopisch zeigte sich eine bedeutende, fast das ganze Drüsenparenchym einnehmende Sklerose, Lymphose in der Leber, dem Magen und den Därmen, sowie auch fettig degenerierte Inseln in der Leber und zellige Proliferation im Knochenmarke. In den hypertrophischen Drüsen und den anderen pathologischen Produkten wurden keine Kochschen Bazillen, keine Riesenzellen, kurz keinerlei Zeichen gefunden, aus welchen geschlossen werden könnte, daß diese Veränderungen tuberkulöser Natur seien, so daß die Verff. die Diagnose Lymphadenie stellten.

Der zweite Fall betraf ebenfalls einen 10jährigen Knaben, welcher sich immer einer guten Gesundheit erfreut hatte, bis er mit klassischen Symptomen eines Mediastinaltumors erkrankte, außerdem fühlte man an verschiedenen Stellen vergrößerte Ganglienpakete. Die Untersuchung des Blutes ergab 580000 rote und 15000 weiße Blutkörperchen per Quadratmillimeter. Der Tod erfolgte etwa 3 Monate nach Krankheitsbeginn, doch konnte eine Autopsie leider nicht vorgenommen werden. In diesem akuten Falle von Lymphadenie dürfte es sich wahrscheinlich um eine Lymphosarkomatose gehandelt haben.

E. Toff (Braila).

B. Holz (Berlin), Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung von adenoiden Vegetationen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 4.) Es handelte sich um 3 Kinder, sämtlich etwa 7 Jahre alt. Beim ersten bestand doppelseitiger Exophthalmus neben adenoiden Vegetationen. 10 Tage nach Entfernung der letzteren war der Exophthalmus verschwunden. 2 Jahre später war mit einem Rezidiv der Vegetationen auch der Exophthalmus beiderseits wieder da. Die radikale Entfernung der Rachenmandel brachte auch diesmal wieder den Exophthalmus zum Schwinden und für die Dauer. Der zweite Pat. zeigte Hyperplasie der Gaumen- und Rachentonsillen. Zuerst wurden die Gaumentonsillen entfernt, was auf den Exophthalmus, der auch hier doppelseitig war, keinen Einfluß ausübte; erst als die Rachenmandeln 8 Tage darauf operiert wurden, verschwand nach 14 Tagen der Exophthalmus vollständig. Im dritten Falle handelte es sich um Chorea, deren Erscheinungen verschwanden, nachdem die adenoiden Vegetationen beseitigt worden waren.

H. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Exophthalmus, wofern er nicht eine Protrusio bulbi aus mechanischer Ursache ist, rechtfertigt auch als einziges Symptom die Diagnose des Morbus Basedowii (M. B.).

2. M. B. ist in seinen verschiedenen Variationen eine Vergiftung des Zentralnervensystems durch abnorme innere Sekretion.

3. Auch durch adenoide Vegetationen kann M. B. hervorgerufen werden, ebenso Epilepsie und Chorea.

4. Durch Entfernung der adenoiden Vegetationen können M. B., Epilepsie und Chorea geheilt werden. Grätzer.

W. Lublinski (Berlin), Einige Bemerkungen über adenoide Vegetationen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. Nr. 28.) Manche halten die adenoiden Vegetationen für ein skrofulöses Leiden und beziehen sich hauptsächlich auf den engen Zusammenhang des Leidens mit den Schwellungen der Halslymphdrüsen. Diese geschwollenen, erbsen- bis haselnußgroßen Lymphdrüsen, welche wohl auch am Hinterkopf vorkommen, aber ihren Lieblingssitz am Kieferwinkel, hinter dem Kopfnicker haben und sich beiderseits symmetrisch bis zu den Fossae supraclaviculares hinziehen, sind aber, wie zahlreiche Beobachtungen lehren, meist erst die Folgen der Rachenmandel, und nach der Entfernung der letzteren bilden sich meist die Lymphknoten, wenn sie nicht etwa schon tuberkulös infiziert waren, zurück. Man beeile sich jedenfalls nicht mit der Diagnose „Skrofulose“ und untersuche bei geschwollenen Halslymphdrüsen lieber erst mal den Nasenrachen. Es brauchen durchaus nicht die bekannten charakteristischen Symptome der adenoiden Vegetationen vorhanden zu sein. Man findet sehr häufig nur kleine, oft recht weiche Wucherungen, welche absolut keine mechanischen Störungen bedingen. Solche kleine weiche Wucherungen bedingen auch nicht so selten die rezidivierenden Gaumenmandelentzündungen, und auch bei den Ohrerkrankungen sind nicht immer ausgebildete Formen der Vegetationen im Spiel, vielmehr sind oft solche erst durch die Untersuchung festzustellen. Es ist sicherlich demnach nicht die mechanische Wirkung der Wucherungen als ein Hauptgrund für die Ohrerkrankungen anzusehen, vielmehr die Fortleitung einer Entzündung der Rachenmandel auf die Ohrtrompete und weiter auf das Mittelohr dasjenige Moment, das in erster Reihe dem Ohr gefährlich wird. Auch Taubstummheit findet sich öfters bei nur geringfügigen Wucherungen, desgleichen jene sogen. „skrofulösen“ Augenerkrankungen; wiederholt hat L. Kinder endgültig von letzteren befreit durch Entfernung kleiner Vegetationen. Auch Störungen der Verdauung, Erbrechen, Störungen des Wachstums, die Aprosexie usw. treten oft genug bei nur wenig bemerkbaren Wucherungen auf, und entfernt man letztere trotz ihrer Kleinheit, so blühen die Kinder sofort auf und die genannten Erscheinungen verlieren sich. Alles dies zeigt, daß schon geringfügige adenoide Vegetationen die Indikation zur Operation abgeben müssen. Es heißt vielfach, und auch L. war früher der Ansicht, daß adenoide Vegetationen zu oft operiert werden. Nach seinen jetzigen Erfahrungen muß er sagen: man operiert nicht genug! Grätzer.

Henrik Halàsz, Störungen des Gehörs im Kindesalter, durch adenoide Vegetationen hervorgebracht. (Gyógyászat. 1904. Nr. 31.) Das Ostium pharyngeum tubae wird oft durch Vegetationen verlegt, die in den Spannungs- und Zirkulationsverhältnissen Veränderungen hervorbringen. Das Nachlassen des Luftdruckes bringt Hyperaemia ex vacuo hervor, die Konsequenz ist Schwächung des Gehöres. Stapesanchylose, Einziehung und Atrophie der Membrana tympani, Eiterungen im Cavum tympani können Folgen der Wucherungen sein. Baldige Entfernung ist daher indiziert.

Ernö Deutsch (Budapest).

G. Finder, Eine eigentümliche Form von adenoider Nasenrachenvegetation. (Fränkels Archiv f. Laryngologie. Bd. XV.) Man sah bei einem 8jährigen Mädchen beim Heben des Gaumensegels eine blaßrote Geschwulst zum Vorschein kommen. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab, daß es sich um eine adenoide Vegetation handelte, deren unterer Teil, der in situ der Hinterfläche der Gaumensegels aufgelegen hatte, eine eigentümliche papillomatöse Form zeigte. Es wird angenommen, daß die von dem Gaumensegel bei seinen Bewegungen auf die Oberfläche der Wucherung fortwährend ausgeübte Reibung den Reiz darstellte, der zu der eigentümlichen Form des Oberflächenwachstums geführt hat.

Autoreferat: Finder.

Volland (Davos-Dorf), Die Behandlung der trockenen und verstopften Nase. (Therap. Monatshefte. August 1904. Die Behandlung nimmt V. mit bestem Erfolg in der Weise vor, daß er das Naseninnere in recht einfacher Weise mit Salbe bestreicht. Er streckt eine gewöhnliche Haarnadel gerade, umwickelt sie fest bis zur Umbiegungsstelle mit Verbandwatte so, daß das eine Ende durch die pinselförmig überstehende Watte gedeckt ist, taucht diesen Pinsel in frisch bereitetes Zinkvaseline (die käufliche „Zinksalbe“ ist zu klumpig) und beladet die Watte allseitig gut damit. Dann geht man mit ihr unter leicht schmierenden Bewegungen soweit als möglich nach aufwärts in die Nase, zieht zurück und dringt nun mit ihr durch den unteren Nasengang ungefähr bis zur Umbiegungsstelle der Nadel. Mit einer frischen Umwickelung und Salbung wird dann das andere Nasenloch ebenso behandelt. Danach verspürt Pat. bald Linderung und verliert den Drang, in der Nase zu bohren. Auf diese Weise läßt sich auch Kindern das Bohren in der Nase leicht abgewöhnen. Bei dem bedenklichen Schmutz der Kinderhände dürfte das nicht unwesentlich beitragen zur Verhinderung der Ansteckung mit Lupus, Tuberkulose, Erysipel usw. Nach einigen solchen Behandlungen, die keineswegs jeden Tag nötig sind, denn nach 2—3 Tagen findet sich immer noch Salbe in der Nase, kommt es zu keiner Verschwellung der Nasengänge mehr, die Nasenatmung bleibt auch des nachts frei, der Schlaf ist ruhiger. Die günstige Wirkung hält gewöhnlich einige Zeit vor, dann ist Wiederholung nötig. Jüngst behandelte V. erfolgreich so auch die Ozaena eines 4jährigen Kindes, bei dem der übelriechende Nasenfluß schon über zwei Jahre bestand; hier erwies sich allerdings frisch bereitete Borsalbe heilsamer als Zinkvaseline. Die Methode ist auch zur allmählichen Erweiterung des unteren Nasen-

ganges gut zu gebrauchen; man macht die Watteeinwickelung nach und nach dicker und läßt die Wattesonde immer 5—10 Minuten liegen. Solch ein Wattepinsel, zierlicher gedreht, eignet sich auch zur Applikation von Augensalben, trocken gelassen zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Bindehautsack, mit einer dickeren Umwickelung zu Jodpinselungen der Haut. Grätzer.

F. Massai, Über die akute Coryza der Neugeborenen. (La Pediatria. Juli 1904.) Wenn der Höhepunkt der akuten Coryza, bei der Luftduschen, Einträufelungen von Mentholöl, ja sogar von Kokain (1 : 100) angebracht sind, überwunden ist, dann sind Insufflationen von Pulvern am Platz, z. B.:

Acid. boric.
Bism. subnitr. aa. 5,0
Resorcin 1,0.

Ist die Ernährung ernstlich gefährdet, so muß man das Kind mittels eines weichen, in den Ösophagus einzuführenden Katheters ernähren. F.

Zygmunt Srebrny, Ozaena tracheae primitiva. (Medycyna. 1904. No. 39.) Ein 15 jähriger Knabe hustet seit einem halben Jahre. Die Untersuchung auf Tuberkelbazillen ergab das erste Mal ein massenhaftes Auftreten derselben — ein paar Tage darauf wurde ein vollkommen negativer Befund erhoben, das dritte Mal konnten einzelne Bazillen konstatiert werden. — Schon von weitem ist der charakteristische ozaenaartige Geruch der Exspirationsluft zu spüren, bei der Untersuchung findet man jedoch sowohl in der Nase als auch im Nasenrachenraum vollkommen normale Schleimhautverhältnisse. — Dagegen sind auf der Schleimhaut der paar ersten Trachealringe schmutzig grünliche Krusten zu konstatieren, ein Bild, welches sonst bei der Ozaena in der Nase zu finden ist.

Verf. hebt hervor, daß einer der ersten, der diese Ozaena tracheae primitiva beobachtet hat, Zarniko war, die Regel ist, daß dieses Leiden Folgezustand der Ozaena narium ist. Der wechselnde Befund der Tuberkelbazillen im Sputum erklärt Verf. auf die Weise, daß es sich um säurefeste Bazillen gehandelt hat, da bei der Entfärbung in absolutem Alkohol stets negative Befunde erhoben wurden.

Gabel (Lemberg).

W. Posthumus Meyjer, Een behaarde keelpolyp. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. II. 5. 1904.) — **G. Th. L. Kan,** Een kongenitale polyp van den epipharynx. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. II. 5. 1904.) Kasuistische Mitteilungen von Polypen des Pharynx und des Epipharynx. Plantenga (Haag).

H. Gaudier, Corps étranger métallique enclavé dans le larynx; Thyrotomie sans trachéotomie préalable. (L'Écho Médical du Nord. No. 408.) Am 28. Sept. 1904 wird ein 5jähriges Kind im Zustande tiefster Asphyxie im Spital aufgenommen. Die Anamnese ergibt, daß das Kind vier Tage zuvor ein kleines Eisenstückchen verschluckt hat. Anfangs stellte sich nur etwas Husten ein, während die Stimme noch ganz klar war. Erst in der Nacht

darauf begann der Husten stärker zu werden und zugleich stellten sich Atembeschwerden ein. Anstatt gleich zum Arzte zu gehen, wandten sich die Angehörigen zuerst an einen Apotheker, der ihnen riet Umschläge zu machen. Erst nach drei Tagen entschließen sie sich das Spital aufzusuchen, wo das Kind mit schweren Stenoseerscheinungen ankommt.

Die Annahme, daß der Fremdkörper im Kehlkopf sich zwischen den Stimmbändern eingeklemmt habe, wird durch die Laryngoskopie bestätigt. Es wird sofort zur Thyrotomie geschritten unter Anwendung lokaler Anästhesie. Die Operation verläuft gut und der Fremdkörper entpuppt sich als ein Metallstückchen von 1 cm Länge, 8 mm Dicke und 3 mm Breite.

Kaum ist der Larynx genäht, so spricht das Kind wieder mit klarer Stimme. Die Heilung verläuft ohne Zwischenfall und am zehnten Tage post operat. ergibt eine Untersuchung des Kehlkopfes einen durchaus normalen Befund.

Verf. weist auf einen analogen Fall hin, der mit letalem Ausgange verlief, und bespricht schließlich das zweckmäßige Verfahren bei der Extraktion eines Fremdkörpers aus dem Kehlkopf.

German (Göttingen).

M. Hertz, Sechs Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. (Medycyna. No. 38, 39. 1904.) I. Ein einjähriges Kind, welches mit Glas und Lederstückchen spielte, wird mit Zeichen höchster Laryngostenose ins Spital gebracht. Da Erstickungsgefahr vorlag, ging man sofort an die Tracheotomie, woraufhin man erst mit dem Finger einen Fremdkörper in der Stimmritze konstatieren konnte. — Alle Versuche, denselben zu extrahieren, mißlangen, so daß Verf. sich entschloß, von der Tracheotomiewunde aus den Fremdkörper in die Mundhöhle hinaufzustoßen; die zugleich in den Pharynx eingeführten Finger der linken Hand fingen den Körper auf, welcher sich als ein dreieckiges Stückchen Glas von 1 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite erwies. — Da Glottisschwellung vorlag, wurde die Kanüle noch acht Tage liegen gelassen, worauf das Kind, nach Heilung der Wunde, genesen das Spital verließ.

II. Ein 3jähriger Knabe legte während des Spielens ein paar rohe Erbsen in den Mund — und begann zu husten. — Auf ein eingegebenes Emeticum sind drei Erbsen herausgekommen, worauf das Atmen ruhiger wurde, es traten jedoch so heftige krampfartige Hustenanfälle auf, daß es der Mutter schien, das Kind ersticke. — Die Untersuchung im Spital ergab weder im Larynx noch im Nasenrachenraum die Anwesenheit eines Fremdkörpers; rechts hinten jedoch ist das Atmen nicht so deutlich hörbar wie links, Fremitus pectoralis rechts deutlich abgeschwächt. — Das Kind klagt über Schmerzen rechts zwischen der vierten und fünften Rippe und hustet stark. — Es wurden Atemproben gemacht mit herabhängendem Kopfe — ohne Effekt. — Da keine ernsteren Erscheinungen auftraten, wurde abgewartet und ein kräftiges Expectorans angeordnet. — Nach drei Tagen nachts bekam das Kind einen heftigen Hustenstoß und expektorierte dabei eine Bohne heraus. — Gleich darauf hörte der

Husten auf, das Atmen und der Pectoralfremitus beiderseits gleich — ersteres rein vesiculär.

III. Ein 6jähriges Kind aspirierte einen Kern einer Melone, worauf starke Dyspnoe auftrat. Der Arzt glaubte, er habe es mit Krupp zu tun, injizierte Serum antidiphthericum. — Die Dyspnoe nahm jedoch zu, so daß das Kind dem Spitale übergeben wurde. — Dortselbst konnte die Anwesenheit eines Fremdkörpers nicht konstatiert werden, anderseits aber auch keine Krupperscheinungen. — Es wurde Inhalation angeordnet, worauf während eines Hustenstoßes die Eliminierung des Fremdkörpers erfolgte.

IV. Ein 6jähriges Mädchen kaute Kerne und bekam plötzlich Erstickungsanfälle. — Dieselben waren in ihrer Intensität ungemein heftig und häufig. Die Unmöglichkeit, bei dem Widerstreben des Kindes irgend welchen Einblick in den Larynx zu gewinnen, bewog Verf. dem Vater die Tracheotomie in Vorschlag zu bringen. — Der Vater wollte davon gar nichts wissen, zumal sich das Kind langsam zu beruhigen anfing, die Dyspnoe nachzulassen begann, wobei es schließlich einschlief. — Während des siebentägigen Spitalaufenthaltes wechselte häufig der Zustand, manchmal atmete das Kind ruhig, dann wieder kamen krampfartige heftige Hustenanfälle. — Da trotz angewandter Mittel die Elimination des Fremdkörpers nicht erfolgte, schritt man zur Tracheotomie, — 7 Tage nach der Operation bekam das Kind einen heftigen Hustenfall, worauf durch die Wunde mit großer Gewalt ein großer Sonnenblumenkern herausgeschleudert wurde. — Alle Erscheinungen gingen zurück — das Kind verließ gesund das Spital.

V. Ein achtjähriger Knabe aspirierte während des Spielens eine Kastanie, welche in der Glottis stecken blieb und mit der Zange gefaßt und extrahiert wurde.

Der sechste Fall betraf eine 45jährige Frau, die eine Nadel verschluckte und bei der nach zweimaliger Einpinselung mit 10% Kokain behufs Anästhesie heftige Kokainintoxikationserscheinungen auftraten.

Gabel (Lemberg).

Nehrkorn, Zur direkten Bronchoskopie zwecks Extraktion quellbarer Fremdkörper. (Aus der chirurg. Klinik in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 40.) N. berichtet über drei Fälle von Bohnenaspiration bei Kindern von 3—4 Jahren. Die Fälle lehrten zunächst, daß regelmäßig auf den anfänglich starken Reiz, den der frisch aspirierte, noch mobile Fremdkörper setzt, eine Pause der Ruhe folgt, in der die Bohne, ohne die Trachea oder einen größeren Bronchus zu obturieren, sich irgendwo festsetzt, ohne einen nennenswerten Reiz auszuüben, die Beschwerden anscheinend behoben sind und die Beobachter über den Ernst der Lage arg getäuscht werden können; daß aber dann, offenbar je nach der Quellfähigkeit des aspirierten Körpers, 12—24 Stunden nach der Aspiration von neuem schwere Erscheinungen einsetzen: die Atmung wird behindert, verschieden stark, je nachdem nur ein großer Bronchialast oder die Trachea selbst verlegt ist; zugleich spannt der fortschreitend an Volumen zunehmende Fremdkörper die umschließende Wandung mehr

und mehr, auch in diesem Stadium dadurch heftigen Hustenreiz bewirkend; bronchitisches Rasseln vorhanden, Nachschleppen einer Lungenhälfte oder eines Lappens besteht natürlich nur bei kompletter Obturation eines großen Bronchus. Alle drei Fälle kamen erst im dritten Stadium in die Klinik und es zeigte sich, daß in solchen Fällen die primäre untere Bronchoskopie am zweckmäßigsten ist. Die Schwierigkeit des Einführens bronchoskopischer Röhren in Trachea und Bronchien bei jungen Kindern und des Arbeitens in langen, dünnen Röhren, in denen namentlich Extraktionsinstrumente recht schwer zu dirigieren sind, verlängern die Operation bedeutend; der Druck durch den bronchoskopischen Tubus auf die Stimmbänder, der auch bei den engsten brauchbaren Röhren bedeutend sein muß, könnte wohl kurze Zeit hindurch ohne Schaden ertragen werden, muß aber verhängnisvoll werden, sobald die Operation sich in die Länge zieht. So geht der Vorteil der oberen Bronchoskopie verloren, die Tracheotomie muß doch gemacht werden. N. tritt deshalb auch dafür ein, bei Aspiration von Bohnen oder sonstigen quellbaren Körpern seitens jüngerer Kinder und zu erwartender Quellung bezw. Auflockerung der Fremdkörper von vornherein auf die direkte obere Bronchoskopie zu verzichten und dem rascheren, leichteren und sichereren Vorgehen mit primärer Tracheotomie den Vorzug zu geben. Grätzer.

H. Heydenreich, Ein bronchoskopischer Fremdkörperfall. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 47.) Ein 6jähriges Mädchen sollte vor ca. 14 Tagen eine Erbsenschale verschluckt haben und leidet seitdem an Husten und Atembeschwerden. Untersuchung mit Kehlkopfspiegel nicht möglich. In Chloromformnarkose bei herabhängendem Kopfe wurde eine bronchoskopische Röhre von 25 cm Länge und 8 mm Durchmesser in die Trachea eingeführt. Es zeigte sich in letzterer eine Glasperle. Ihre Extraktion oder Fixierung war wegen ihrer Größe und Enge der Röhre nicht möglich; man entschloß sich eine größere Röhre einzuführen, als beim Herausnehmen der ersten die Perle durch einen Hustenstoß herausgeschleudert wurde. Grätzer.

M. Kob, Beiträge zur Killianschen Bronchoskopie. (Aus der Universitätsklinik für Kinderkrankheiten in Berlin.) (Med. Klinik. 29. Januar 1905.) Schilderung zweier Fälle, wo die Kinder dieser Operation ihr Leben verdankten. Grätzer.

Traute (Tübingen), Über tödliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 41. Heft 1.) T. gibt die Krankengeschichte dreier tödlich verlaufener Blutungen nach Tracheotomie (1 Erwachsener, 2 Kinder) im ersten Falle durch Arrosion eines Aneurysmas der Aorta, im zweiten und dritten durch Arrosion der Anonyma. In einem weiteren vierten Fall (Blutung aus der Vena thyreoidea inf. bei einer Erwachsenen) gelang es, die Pat. durch Unterbindung des Gefäßes zu retten. Mit den anderen aus der Literatur gesammelten Fällen zählt T. im ganzen 85 Blutungen nach Tracheotomie, wovon 79 unmittelbar und die übrigen 6 später tödlich endeten. Die weitaus häufigste Beteiligung zeigt die Arteria anonyma (55mal), weniger Carotis und Thyreoidea

inf. und sup. Auch Blutungen aus Venen sind verhältnismäßig selten. In den allermeisten Fällen ist die Ursache der Hämorrhagie Decubitus durch die Kanüle, in manchen auch infektiöse Prozesse von der Wunde aus. Ob Tracheotomie inf. oder sup. in bezug auf Nachblutung gefährlicher ist, war nicht mit Sicherheit festzustellen. Nach ziemlich großem Zahlenmaterial ergab sich als Durchschnitt auf 100 Tracheotomien 2,5 Fälle von Blutung. Therapeutisch ist vor allem Bildung eines Decubitus zu verhüten, event. die Kanüle mit einer längeren oder kürzeren zu vertauschen, auch Intubation kommt in Frage. Eine Stillung der Blutung ist im allgemeinen nicht möglich.

Vulpius (Heidelberg).

V. Gaudiani, Durchbruch eines tuberkulösen Lymphdrüsenabszesses in die Trachea. (Aus dem Krankenhause S. Giovanni al Laterano in Rom.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 24.)

Das 3jährige Kind erkrankte vor 3 Tagen mit Husten, Fieber, Atembeschwerden. Am Rachen starke Rötung, auf den Gaumenmandeln vereinzelte kleine nekrotische Herde, Allgemeinbefinden schlecht. Diphtherieserum. Tags darauf trotz ziemlich hoher Temperatur und unveränderten lokalen Entzündungserscheinungen Allgemeinbefinden auffallend besser. Die Besserung hielt an, die Temperatur wurde normal. Doch am übernächsten Tage bekommt das anscheinend vollständig genesene Kind plötzlich einen Dyspnoeanfall mit rasch zunehmender Zyanose und bedrohlichen Erstickungserscheinungen. G. dachte an Kehlkopfstenose, veranlaßt durch abgelöste diphtherische Membranen und tracheotomierte. Etwa 30 Minuten später Exitus letalis.

Bei der Autopsie fand sich keine Stenose im Larynx. Trachea bis zum Anfang der Bronchien von einem großen Drüsenpaket umgeben. Die peribronchialen Drüsen erheblich vergrößert und tuberkulös entartet. Auf der Pleura diaphragmatica spärliche Tuberkeln. Kehlkopf und Trachea frei von jedem kruppösen Exsudat. Dagegen in der vorderen Trachealwand, einige Zentimeter oberhalb der Bifurkation, eine linsengroße Öffnung. Linker Bronchus vollständig durch eine zähe, käsige Masse verstopft; ähnlich der rechte, durch welchen indessen noch eine feine Sonde hindurchgeführt werden konnte. Durch die Perforationsöffnung in der Trachea kam man mittels der Sonde in einen ziemlich großen Hohlraum, welcher durch äußeren Druck völlig zu entleeren war und dieselben Massen enthielt, wie die in die Bronchien eingedrungenen. Es ergab sich, daß fast das ganze Drüsenpaket entartet und in einen Hohlraum umgewandelt war. Lunge frei von tuberkulösen Erscheinungen.

Der Fall zeigt, wie schwierig, ja wie fast unmöglich es werden kann, die Stelle und Art einer Stenose der Luftwege genau festzustellen. Die Tatsache, daß der kleine Pat. eine Angina überstanden hatte, ließ vermuten, daß abgelöste Membranen Ursache des Erstickungsanfalles sein könnten. Wenn man bedenkt, daß solche plötzliche Todesfälle fast nur bei Kindern vorkommen, die vorher vielleicht gar kein Symptom einer gefährlichen und weit vorgeschrittenen Krankheit dargeboten haben, so kann man verstehen, daß dieselben auch in forensischer Hinsicht eine gewisse Bedeutung haben können. Es kann ja auch der Durchbruch durch eine sehr kleine Öffnung erfolgen, so daß die Entleerung nicht plötzlich, sondern ganz allmählich erfolgt, wobei die Möglichkeit der Entfernung durch die Expektoration besteht. Bei größeren Ulzerationen der Wände ist aber die Entleerung eine so rasche, daß die Verstopfung der Bronchien schnell und unrettbar zum Tode führt.

Grätzer.

Löhrer, Ein Fall von vollkommener Ausstopfung der Trachea durch verkäste und gelöste Bronchiallymphknoten nach Perforation in den Anfangsteil des rechten Bronchus. (Aus dem patholog. Institut der Universität Gießen.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 27.) Die Überschrift gibt die Hauptmomente des Falles wieder, welcher einen 4jährigen Knaben betraf. Derselbe starb, ohne daß er vorher krank gewesen, plötzlich unter den Zeichen akutester Erstickung. Bei der Sektion entdeckte man ein das Lumen der Luftröhre fest tamponierendes und fast bis zur Bifurkation ausfüllendes graugelbliches Gebilde von ziemlich fester Konsistenz. Im rechten Hauptbronchus außerdem eine 8 mm weite Öffnung, durch die man in eine starrwandige Höhle von etwa Walnußgröße eindrang; diese Höhle war mit schmierig-bröckligen Massen gefüllt. Grätzer.

Henrici (Rostock), Über den Heilwert der Tracheotomie bei der Kehlkopftuberkulose, insbesondere der Kinder und der Schwangeren. (Fränkels Archiv f. Laryngologie. Bd. 15.) Verf. veröffentlicht die Krankengeschichten dreier Kinder im Alter von 11—13 Jahren, bei denen wegen Kehlkopftuberkulose die Tracheotomie gemacht wurde.

Fall 1. 11jähriges Mädchen mit tuberkulösen Halsdrüsen und Kniegelenken. Dazu kommt eine Larynxtuberkulose, die trotz endolaryngealer Milchsäurebehandlung zu Stenose führt, so daß aus vitaler Indikation die Tracheotomie gemacht werden muß. Zwei Jahre danach ist der Kehlkopf, ohne daß er noch endolaryngeal behandelt worden wäre, ausgeheilt. Lungen gesund.

Fall 2. 11jähriges Mädchen mit tuberkulöser Zerstörung am Gaumen und Kehlkopf. Lungen erscheinen gesund. Nach der wegen Stenose vorgenommenen Tracheotomie heilen Gaumen und Kehlkopf innerhalb von 8 Monaten aus.

Fall 3. 13jähriger Knabe mit ausgedehnter tuberkulöser Erkrankung des Kehlkopfs bei geringem Lungenbefund. Tracheotomie. Rückgang der Kehlkopftuberkulose in 7—8 Monaten, dabei auch Besserung des Lungenbefundes.

Die Tracheotomie wirkt in diesen Fällen kurativ, weil durch sie eine Ruhigstellung des erkrankten Organs bedingt, die stetige Reinfektion der Larynxschleimhaut durch den Auswurf verhindert und der Reiz der Inspirationsluft vom Larynx fern gehalten wird. Natürlich muß der Lungenbefund und der allgemeine Kräftezustand berücksichtigt werden, damit nur solche Kranke der Operation unterzogen werden, von denen man annehmen kann, daß sie den Anforderungen einer solchen auch gewachsen sein werden. Finder.

Gaudier et **Bachmann,** Vaste résection crânieuse dans un cas de tuberculose infiltrée progressive. (L'Écho Médical du Nord. No. 393.) Es handelt sich um ein 10jähriges Kind, das Januar 1902 eine Auftreibung des Os temporale L. bekam ohne Beteiligung des Ohres. Der Knochen wird 2 mal ausgekratzt. Bald darauf zeigt sich ein Abszeß mit einer Fistelöffnung am äußeren Augenwinkel, ein zweiter ausgedehnter Abszeß ferner am rechten Fuße, ein dritter

endlich am linken Zeigefinger. Wegen dieser Affektionen wird das Kind in das Spital aufgenommen.

Abgesehen von den erwähnten Abszessen erscheint die ganze Gegend des Temporo-Parietale von einem ausgedehnten Fungus eingenommen. Der Knochen wird im Bereiche des Fungus reseziert und fast die ganze Schuppe des Temporale und des Parietale ebenfalls fast vollständig weggenommen. Nach Säuberung der Dura Drainage und Naht des Periostes und der zugehörigen Weichteile.

Heilung per primam ohne Kompressionserscheinungen seitens des Gehirns.

Nach wenigen Monaten ist eine zweite Operation notwendig, die ebenfalls günstigen Verlauf hat. German (Göttingen).

Frigyes v. Reusz, Ein interessanter Fall von Tuberculosis medullae spinalis. (Orvosi hetilap. 1904. No. 48.) Bei tuberkulöser Erkrankung der Hinterhörner treten gewöhnlich Parästhesien und Thermoan- oder hyperästhesien auf, bei Vorderhornerkrankungen werden meistens atrophische Paralysen gefunden. Im Falle des Autors war das klinische Bild so unklar und verschwommen, daß die Diagnose erst bei der Sektion gemacht werden konnte.

Ernö Deutsch (Budapest).

Perrin, Un cas de Cytodiagnostic du liquide Céphalo-Rachidien chez un enfant. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. Bd. 7. S. 152.) Der $3^1/_2$ jährige Knabe erkrankte zunächst an einem schweren Keuchhusten, an den sich eine Bronchopneumonie mit linksseitiger Mittelohrerkrankung anschloß. Der Ohreiter enthielt Diplokokken, wie solche auch im Auswurf gefunden wurden. Einen Tag später traten Zeichen einer Meningitis auf, die zu einer Lumbalpunktion Anlaß gab. Dieselbe lieferte eine klare Flüssigkeit mit mononukleären Leukozyten und Diplokokken, die sich nach Gram und Claudin färbten, dagegen fanden sich keine Tuberkelbazillen. Die Meningitis führte nach ca. 8 Tagen zum Tode. Bei der Autopsie fanden sich neben tuberkulösen Veränderungen der Lungen, Drüsen usw. eine typische tuberkulöse Meningitis. Schreiber (Göttingen).

René Goepfert (Nancy), La tuberculose du péritoine dans l'enfance. (Archives de méd. des enf. 1904. No. 8 u. 9.) Diese in der Klinik von Haushalter gemachte, recht ausführliche Arbeit, ist mit 19 Krankengeschichten ausgestattet, und gelangt G. zu folgenden Schlüssen bezüglich der Behandlung. Ein Kind, welches an akuter oder subakuter allgemeiner Tuberkulose leidet und im Laufe dieser Krankheit sekundäre Symptome zeigt, welche auf eine Lokalisation des tuberkulösen Prozesses auf das Peritoneum hinweisen, benötigt keine andere Behandlung als diejenige der Tuberkulose im allgemeinen. Auch in chronischen oder subakuten Formen der allgemeinen Tuberkulose, wo der schlechte Allgemeinzustand, die rasche Abmagerung, die Lungenerscheinungen u. a. eine Generalisierung der Krankheit anzeigen, muß man sich auf eine symptomische Behandlung beschränken, da die Krankheit einen progressiven und endlich tödlichen Verlauf nehmen muß. Auch in diesen Fällen soll also für die Erkrankung des Peritoneums keine spezielle Behandlung vorgenommen

werden. Endlich ist hervorzuheben, daß die lokalisierte Tuberkulose des Bauchfelles, die also einer spontanen Heilung fähig ist, medikamentös behandelt werden soll. Die Laparotomie oder die Waschung des Peritoneums mit sterilisiertem warmem Wasser nach vorgenommener Punktion, welche die nämlichen Resultate zu geben scheint, wäre für die aszitischen Formen zu reservieren, welche nach einigen Monaten keine Zeichen von Heilung geben, sondern eine Tendenz zeigen, in den fibrokaseösen Zustand überzugehen, und von einem schlechten Allgemeinzustande begleitet sind. Die Laparotomie ist auch bei eingekapselten Formen und bei Darmokklusion angezeigt.

E. Toff (Braila).

Schömann (Hagen i. W.), Ein Betrag zur Behandlung des tuberkulösen Aszites. (Centralblatt f. Chirurgie. 1904. No. 49.) Seit 3 Jahren punktiert S. den tuberkulösen Aszites mit mäßig starker Kanüle, entleert die Flüssigkeit, soweit sie spontan abfließt, und injiziert in die freie Bauchhöhle eine sterile Jodoformemulsion (Jodoform 1,0—5,0; Glyzerin 100,0). Er beginnt mit 1—2 cg der 1 $^0/_0$ igen Emulsion und steigert Konzentration und Dosis bei jeder neuen Injektion in Intervallen von 4—8 Tagen oder mehr.

Bisher kamen 7 Fälle weiblichen Geschlechts im Alter von 2—19 Jahren zur Behandlung, welche nach 3—10 Wochen als ausgeheilt zu betrachten waren. Bei 2 Kindern (2 und 8 Jahre) bildete sich das seröse Exsudat schon nach der zweiten Injektion nicht wieder, bei der 19jährigen Pat. waren 5 Injektionen nötig, bei der übrigen 3 oder 4. Bei allen kehrte der Aszites nicht wieder (der letzte Fall liegt $^3/_4$ Jahr zurück). Die Diagnosen sind einwandsfrei durch vorherige Tuberkulinproben.

Das Verfahren ist einfach, nahezu schmerzlos und schonend, schadet auch dem elendesten Pat. nicht; der Punktionsstich vernarbt schnell, die Behandlung kann eventuell ambulant erfolgen. Alle Fälle hatten vorher der konservativen Therapie getrotzt, daher ist wohl dem Jodoform der wichtigste Heilfaktor beizumessen. Grätzer.

Graham Little, Ein Fall von frühzeitig inokulierter Hauttuberkulose. (The Brit. Journ of Derm. April 1904. Bd. 16. S. 141.) Ein 4jähriges Kind zeigte etwa in der Mitte beider Wangen, fast symmetrisch, eine knotige Infiltration, welche ihrer ganzen Beschaffenheit nach vom Verf. als Hauttuberkulose angesehen wurde. Derselbe nimmt, an daß möglicherweise durch den Speichel eines tuberkulösen Pat. beim Küssen des Kindes eine Infektion stattgefunden habe. In der Familie waren mehrere Fälle von Phthisis vorgekommen.

C. Berliner (Aachen).

G. Nobl, Beiträge zur Pathologie der Tuberkulide im Kindesalter. (Dermatologische Zeitschrift. 1904. Bd. 11. Heft 12.) Bei der Behandlung von 430 hautkranken Kindern hat Verf. 13 mal das prägnante Symptomenbild des papulo-nekrotischen Exanthems, welches als Teilerscheinung der Skrofulo-Tuberkulose anzusehen ist, beobachtet. Die Krankengeschichte dieser 13 Fälle wird ausführlich mitgeteilt. Zumeist handelt es sich um erblich belastete Kinder, welche neben anderen Erscheinungen der Skrofulose Eruptionen von

hirse-, hanf- und schrotkorngroßen, pustulo-ulzerösen und nekrotisierenden, vielfach zerstreut, seltener gruppiert auftretenden, bald lebhaft roten, bald dunkel livid verfärbten, scharf umschriebenen, zuweilen von schmalen Erythemhöfen umsäumten Effloreszenzen aufweisen. Mit besonderer Vorliebe werden von diesen papulo-nekrotischen Tuberkuliden die Streckseiten der Extremitäten, die Lenden- und Gefäßgegend befallen. In der Tiefe der Cutis beginnend präsentiert sich die Einzeleffloreszenz anfangs als kleinste, das Hautniveau kaum überragende, flache, erythematöse Papel, die langsam wachsend die Oberhaut mehr und mehr hervorwölbt, während der zentrale Teil einen pustulo-ulzerösen Prozeß durchmacht. Die durch denselben gesetzten Substanzverluste pflegen mit Hinterlassung narbiger Vertiefungen, ähnlich den Variolanarben, abzuheilen.

Die im Alter von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren stehenden Kinder wiesen neben allgemeiner Ernährungsstörung, welche sich in anämischen Zuständen, mangelhafter Entwicklung, unzureichender Gewichtszunahme und fahler, welker Hautbeschaffenheit äußerte, ausnahmslos manifeste Formen der Skrofulo-Tuberkulose insbesondere des Lymphdrüsenapparates in allen Varianten auf.

In keinem Falle konnten in den papulo-nekrotischen Effloreszenzen Tuberkelbazillen nachgewiesen werden. Verf. glaubt jedoch aus der großen Ähnlichkeit des strukturellen Verhaltens und der Ausgangsformen der Gewebsprodukte mit der Morphologie echter Tuberkel auf gleiche, spezifische Bakterien als Krankheitserreger schließen zu dürfen. C. Berliner (Aachen).

J. Karcher (Basel), Chronischer Gelenkrheumatismus der Kinder und seine Beziehungen zur Tuberkulose. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 24.) K. beschreibt den Fall eines 12jährigen Mädchens, bei dem es sich um eine primär chronische Polyarthritis der Interphalangealgelenke zwischen erster und zweiter Phalanx handelte, die symmetrisch die Hände und Füße befallen hatte. Der Fall gehört in die Gruppe der „rhumatisme noueux“ der Franzosen. Die Gelenkerkrankung ist eine Erkrankung der Gelenkkapsel und des periartikulären Gewebes. Die Knochenenden selbst zeigen keine nachweisbaren Veränderungen. Man mag darum dem Falle die Bezeichnung der Arthritis deformans im strengen Sinne absprechen, doch gestattet vor allem die auffallende Erschlaffung der Gelenkkapsel, denselben in die Gruppe der deformierenden Gelenksentzündungen im weiteren Sinne einzureihen.

Hinsichtlich der Ätiologie solcher Fälle, wird in der Literatur großes Gewicht auf schlechte hygienische Verhältnisse gelegt, andererseits auf Heredität. Von ersterem Faktor war im obigen Falle abzusehen. Was den zweiten anbelangt, so kann es sich um direkte rheumatische oder arthritische Heredität handeln. Öfters liegt aber Tuberkulose oder ein anderes, auf die Deszendenz gravierend einwirkendes Moment vor. Wir stoßen so in manchen Fällen auf degenerative Symptome verschiedener Art. Auch obige Pat. trug in ihrem Gesichtsausdrucke ein gewisses etwas Degeneriertes an sich, das im Strabismus und einer Mißbildung der Schneidezähne in greifbarer Weise zu erkennen war.

Eine hervorragende Rolle scheint der Tuberkulose zuzukommen. K.s Pat. war ebenfalls schwer tuberkulös belastet und wies tuberkulöse Symptome am Halse auf. Die Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens von Tuberkulose und chronischen rheumatischen Affektionen ist bei Kindern so groß, daß man verleitet sein möchte, eine kausalen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen zu konstruieren, vielleicht gar von einer tuberkulösen deformierenden Polyarthritis der Kinder zu sprechen. Manche erblicken in den rheumatoiden Erscheinungen Tuberkulöser, die von den flüchtig vorübergehenden Arthralgien bis zur eigentlichen deformierenden Arthritis gehen können, eine abgeschwächte Form der Tuberkulose. Oft sind solche rheumatoide Gelenkerscheinungen die einzige Manifestation einer tuberkulösen Infektion.

Positive pathologisch-anatomische Resultate, die hier Klarheit schaffen könnten, liegen bisher nicht vor, doch klinische Beobachtungen weisen überall auf die engen Beziehungen hin, die — besonders bei Kindern — zwischen chronischem Gelenkrheumatismus und Tuberkulose bestehen. Obiger Fall könnte auch durch seine Reaktion gegenüber der Therapie in dieser Annahme bestärken. Die üblichen antirheumatischen Mittel hatten nicht die geringste Besserung geschaffen. Ein Winteraufenthalt in der Anstalt für erholungsbedürftige Kinder in Langenbruck brachte eine Besserung sowohl der lokalen Erscheinungen, als auch des Allgemeinbefindens zustande. Luft, Licht, Ernährung, Pflege: unsere mächtigsten Heilfaktoren gegen Tuberkulose, führten bei dem Kinde eine chronisch-rheumatische Erkrankung der Heilung entgegen.

Es wäre nun selbstverständlich zu weit gegangen, alle Fälle von deformierendem Gelenkrheumatismus der Kinder unter die tuberkulösen Erkrankungen einzureihen. Es besteht kein Zweifel darüber, daß eine ganze Anzahl von Fällen anderer, als tuberkulöser Natur sind. In gewissen Fällen mag auch die Tuberkulose parallel mit der Arthritis deformans ein Kind befallen, ohne daß beide Erkrankungen in einem direkten kausalen Zusammenhange zueinander stehen. Nichtsdestoweniger scheinen die engern Beziehungen zwischen Tuberkulose und den chronischen Gelenkerkrankungen der Kinder, sei es, daß sie mehr chronisch-rheumatischen, sei es mehr der deformierenden Form angehören, beachtenswert. Jedenfalls werden in vielen Fällen die Heilerfolge größere sein, wenn man den chronischen Rheumatismus und die Arthritis deformans der Kinder als Tuberkulosen behandelt, als wenn man ihnen die Therapie des Rheumatismus angedeihen läßt.

Grätzer.

Blauel (Tübingen), Die Resektion des tuberkulösen Kniegelenks und ihre Resultate. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 42. Heft 1.) Umfassender Bericht über 400 Resektionen. Reseziert wurde in allen Fällen, wo konservative Behandlung ohne Erfolg blieb, oder auch wo die soziale Stellung des Pat. die lange dauernde konservative Behandlung nicht zuließ. Es folgt eine genaue Beschreibung der Operationsmethode und der Nachbehandlung. Wert gelegt wird auf möglichst radikale Entfernung alles Krankhaften und lange Fixation. Die Erkrankung begann in der Hälfte der Fälle im ersten

Dezennium, reseziert wurde in diesem Alter etwas über $^1/_4$ der Gesamtzahl. Im Alter von weniger als 15 Jahren überwiegt die synoviale Form, im Alter bis zu 3 Jahren wieder die ostale Form der Erkrankung. Mortalität kurz nach der Operation 1,75 $^0/_0$. Sekundäre Amputation war in etwas mehr als 4 $^0/_0$ der Fälle nötig. Direkt nach der Operation war bei 93 $^0/_0$ das Resultat gut, bei 7 $^0/_0$ schlecht. Die Nachuntersuchung (bis 27 Jahre post operationem) ergab in bezug auf Ausheilung der lokalen Erkrankung 87,9 $^0/_0$ gute, 12,1 $^0/_0$ schlechte Resultate, in bezug auf die Funktion ergab sich völlige Streckung des Kniegelenks in 27,1 $^0/_0$, völlige Flexion mittleren Grades 28 $^0/_0$, schwereren Grades in 44,9 $^0/_0$ (wovon das Alter bis 13 Jahre zur Zeit der Resektion das Hauptkontingent stellt). Wachstumsverkürzungen von über 5 cm fanden sich in 27,7 $^0/_0$, von den restierenden 72,3 $^0/_0$ zeigten die Hälfte weniger wie 2 cm Verkürzung. Es starben an Tuberkulose 0—2 Jahre nach der Operation 6,2 $^0/_0$, während bei längerer Zwischenzeit die Sterblichkeit an Tuberkulose erheblich abnahm. Von 29 zur Zeit der Operation Lungenleidenden wurden elf wieder völlig gesund. Da nach einer Statistik von König bei konservativer Behandlung nicht mehr wie 25—30 $^0/_0$ guter Resultate zu erwarten sind, so glaubt B. die Resektion als Normalverfahren bei schweren Fällen unbedingt und ohne weiteres und bei leichteren Fällen nach erfolgloser konservativer Behandlung empfehlen zu müssen.

Vulpius (Heidelberg).

M. Haudek (Wien), Der Einfluß des Seeklimas auf die Ausheilung tuberkulöser Gelenk- und Knochenaffektionen im Kindesalter. (Wiener med. Presse. 1904. No. 46.) Kindliche Tuberkulose der Knochen und Gelenke ist heute im allgemeinen konservativ zu behandeln, und zwar mit Verbänden und Apparaten, welche ambulante Behandlung gestatten. Von großem Einflusse auf die Heilung ist der Aufenthalt an der See, weshalb möglichst viele Seehospize zu errichten wären. Diese müssen aber zugleich Heilstätten sein, d. h. mit allen für eine sachgemäße, chirurgische und insbesondere orthopädische Behandlung notwendigen Einrichtungen versehen und ärztlich geleitet. Auch müssen die kleinen Pat. hier unbeschränkte Zeit hindurch, das ganze Jahr, bis zur vollendeten Heilung verweilen können, da bloß mehrwöchentlicher Aufenthalt in sehr vielen Fällen zur Heilung durchaus nicht genügt. Diesen Prinzipien wird in dem 1886 errichteten österreichischen Seehospiz in San Pelagio gehuldigt, und die Erfolge sind hier auch äußerst zufriedenstellende, die Zahl der Heilungen eine große.

Grätzer.

Kòlmàn Szegö, Einfluß des Klimas am Meeresstrande auf den Organismus der Kinder. (Gyógyászat. 1904. No. 43.) Die Akklimatisation bringt oft Störungen hervor, die aber bald weichen und einem gesteigerten Wohlbefinden Platz machen.

Ernö Deutsch (Budapest).

R. Weigert, Die Behandlung der Skrofulose und Tuberkulose mit Soletrinkkuren. (Aus der Universitäts-Kinderklinik Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Mai 1904.) Es wurden 7 Kinder klinisch mit Sole aus dem schlesischen Badeort Königsdorff-

Jastrzemb behandelt, von denen vier an Skrofulose, drei an Tuberkulose litten; sie erhielten früh und abends je $^1/_4$ Liter der Sole, die gern genommen wurde und nie Erbrechen oder Durchfall verursachte. Als Ergebnis seiner Beobachtungen stellt W. folgende Sätze auf:

1. Die Behandlung tuberkulöser Individuen mit Soletrinkkuren ergab einen vollkommenen Mißerfolg, vielleicht ist den Pat. durch sie sogar eine Schädigung entstanden.

2. Die Soletrinkkuren wurden von skrofulösen Kindern gut vertragen. Alle so behandelten Pat. zeigten eine Besserung des Allgemeinbefindens, einige auch eine Abnahme der Neigung zu Schleimhautkatarrhen und eine Verkleinerung der lymphatischen Organe des Nasenrachenraumes; bei anderen blieben die Symptome der Skrofulose gänzlich unbeeinflußt.

3. Die von Rosenberger versuchte wissenschaftliche Begründung der Erfolge der Soletrinkkuren ist nicht genügend gestützt; die von diesem Autor beobachtete, während der Kur eintretende Vermehrung der Leukozyten des Mundspeichels wurden bei unseren Pat. nicht gefunden.

Grätzer.

B. Müller (Hamburg), Über Mastitis chronica scrophulosa bei Kindern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 1.) M. beobachtete bei Kindern, die wegen allgemeiner schwacher Anlage, schlechter hygienischer und Ernährungsverhältnisse sich in überaus schwachem Zustande befanden, speziell aber bei solchen, welche typische skrofulöse Symptome darboten, das Leiden, welches sich darin zeigte, daß die Mammae anschwollen, hart und schmerzhaft wurden. Manchmal gingen diese Erscheinungen spontan zurück, öfters zog sich die Affektion aber sehr in die Länge, Rezidive traten auf, und die Krankheit dauerte Wochen und Monate.

B. bekam im Laufe der letzten 3 Jahre 4 Fälle zu Gesicht, die alle das gleiche Bild darboten. Stets war die Affektion, welche M. als chronische, sich auf skrofulöser Basis entwickelnde Entzündung der Drüse ansieht, gutartiger Natur, nie ging sie in Eiterung über. Therapeutisch ist vor allem Bekämpfung der Skrofulose nötig. Lokal empfehlen sich von Zeit zu Zeit Pinselungen mit Jodtinktur, dazwischen reibe man täglich Jodkalisalbe ein.

Grätzer.

M. Eliasberg (Riga), Behandlung skrofulöser Augen. (Berichte des letzten internationalen Ophthalmologenkongresses zu Luzern.) E. hat in den verflossenen 5 Jahren bei sehr vorgeschrittenen skrofulösen Hornhautaffektionen mit folgender Salbe großen Erfolg erzielt.

Rp. Hydrarg. oxyd., Cocaini nitrici
Atropin. sulfur. āā 0,06
Arg. nitric. 0,03
Vasel. alb. americ. 6,0
M. f. ung. Da in ritr. nigr.

Mit fortschreitender Heilung wird das Atropin. sulf. allmählich fortgelassen. Zum Schluß wird noch aus dem Rezept das Cocain. nitr. gestrichen. In letzter Form wird das Rezept angewandt, um die Hornhauttrübung aufzuhellen, nachdem das Auge reizlos geworden ist. Die Salbe in erster Form könne auch wie die Pagenstecher-

sche Salbe bei Pannus trachomatosus und Keratitis parenchymatosa versucht werden. Hartung (München).

Mario Varanini u. **Cesare Ferrari**, Der Stoffwechsel bei Skrofulose. (La Pediatria. Januar 1904.) Das hauptsächlichste Ergebnis der in zwei Fällen von Skrofulose angestellten Stoffwechseluntersuchungen ist die Feststellung einer Störung des Stickstoffwechsels, und zwar handelte es sich nicht etwa um eine verlangsamte Assimilierung, sondern um eine der Aufnahme gegenüber vermehrte Elimination, d. h. um eine Zerstörung von Eiweißsubstanz; daran läßt auch die in beiden Fällen zu konstatierende Vermehrung der Schwefeläther denken. F.

W. Degrè (Wien-Darkau), Beitrag zur Lehre von der Skrofulose. Angeborene und erworbene Skrofulose. (Wiener med. Wochenschrift. 1904. No. 24.) D. steht fest auf dem Standpunkte, daß Skrofulose mit Tuberkulose nichts zu tun hat, ein vollständig selbständiges Krankheitsbild ist, das durch Toxine gewisser Mikroorganismen hervorgerufen wird und angeboren oder erworben sein kann. Nach seinen Erfahrungen besteht bei diesen beiden Formen klinisch insofern ein bemerkenswerter Unterschied, als die erstere viel schwerer verläuft, weit schleppender ist und in späteren Jahren viel häufiger rezidiviert, als die nach überstandenen Infektionskrankheiten sich zeigende Skrofulose, welche leichter verläuft und der Heilung besser zugeführt werden kann.

Die intensive Giftwirkung der Toxine bei angeborener Skrofulose kann man sich vielleicht damit erklären, daß der Embryo nicht die Fähigkeit besitzt, sich gegen die schädlichen Folgen des aufgenommenen Giftes kräftig genug zu wehren, während das mehr weniger bereits herangewachsene Kind, welches die infolge der Infektionskrankheit zustande gekommenen Toxine aufnimmt, diese mit seinem kräftigeren Organismus besser abwehren kann, auch durch entsprechende Nahrung Hebung des Stoffwechsels zu erzielen ist usw. Grätzer.

F. Steinitz u. **R. Weigert**, Demineralisation und Tuberkulose. (Aus der Kinderklinik der Universität Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 23.) Namentlich französische Forscher haben gefunden, daß eine Verarmung des Organismus an organischen Bestandteilen, die mit einer Herabsetzung des normalen Säuregrades der Gewebssäfte einhergeht (Demineralisation und Hypoazidität) geeignet sind, dem Organismus die Widerstandsfähigkeit gegen das Eindringen des tuberkulösen Virus zu rauben oder sogar das Terrain für die Ansiedlungen der Tuberkelbazillen besonders geeignet zu machen.

Demgegenüber stellte schon Ott, der als erster exakte Stoffwechseluntersuchungen über den Bestand an organischen Bestandteilen bei tuberkulösen Menschen anstellte, fest, daß zwar bei vorgeschrittener Tuberkulose Demineralisation vorkommt, daß letztere aber dort weder ein regelmäßiges Symptom ist, noch als Frühsymptom betrachtet werden kann.

Die Verff. haben nun zur Klärung der Sache den Weg ein-

geschlagen, daß sie die Analyse des gesamten Organismus auf die Mineralbestandteile und deren Verhältnis zu den organischen Fixa bei einem im Alter von einem Jahre an Tuberkulose verstorbenen Kinde vornahmen und die gewonnenen Werte mit den Analysendaten gesunder oder magendarmkranker junger Kinder verglichen. Die Theorie der Demineralisation bei Tuberkulose fand in diesen Untersuchungen keinerlei Anhaltspunkte. Grätzer.

Olinto. Tuberculose généralisée apyrétique chez une enfant âgée de 4 mois. (Rev. mens. de mal. de l'enfance. Tome XXI. S. 33.) O. teilt die Krankengeschichte und den Sektionsbefund eines $3^1/_2$ Monate alten Kindes mit, welches an allgemeiner Tuberkulose zugrunde ging. Obwohl die klinischen Erscheinungen sehr gering waren (wenige Rasselgeräusche, kein perkutorischer Befund, etwas Durchfall, Schwellung der Leber, Milz und der Lymphdrüsen, etwas Husten, geringe Dyspnoe) stellte O. dennoch die Diagnose auf allgemeine Tuberkulose, da das Kind mütterlicherseits belastet und indianischen Ursprungs war. (Die Tuberkulose ist unter den Indianern stärker vertreten als unter den Weißen.) Beachtenswert an diesem Falle ist das zarte Alter des Kindes, die starke Ausdehnung des Prozesses, die kaum ein Organ intakt gelassen hatte, die Beteiligung der Thymusdrüse, der Aorta, des Pankreas, des Darmes und des Ligamentum latum sowie endlich der absolut fieberlose Verlauf und das Fehlen der typischen Erscheinungen trotz der schnellen Entwicklung der Erkrankung. Schreiber (Göttingen).

Fürst (Berlin), Chronische Lymphdrüsenintumeszenzen, verdächtig als latente Tuberkuloseherde. (Die Therapie der Gegenwart. Juni 1904.) Gerade im Kindesalter bildet der lymphatische Rachenring eine Prädilektionsstelle für den Tuberkelbazillus, von hier aus dringt letzterer in Lymphspalten und Lymphgefäße zunächst bis zu den nächsten Lymphdrüsen vor. Wir haben allen Grund, die Tonsillen selbst, sowie die chronisch vergrößerten Lymphdrüsen, in erster Linie die Submaxillar-, Hals- und Nackendrüsen als sehr suspekt anzusehen. Von solchen latenten Herden aus dringen die Bazillen, oft in akutester Weise, später in die Blutbahn ein. Kinder mit chron. Anämie, schlechter Ernährung, mit immerfort rezidivierender Amygdalitis usw. sind da besonders gefährdet. Deshalb hat Autor schon seit langem den chron. Lymphdrüsenintumeszenzen namentlich dieser Kinder große Aufmerksamkeit geschenkt und versucht, solche Drüsen zu verkleinern und allmählich zur völligen Rückbildung zu bringen. Am ersten wirkt hier das Jodvasogen (6 $^0/_0$), das geradezu überraschend auf vergrößerte Drüsen einwirkt und damit einer Tuberkulisierung derselben vorbeugt, dabei absolut nicht reizt. Autor läßt suspekte Drüsen 2 mal täglich einpinseln und sanft einreiben, daneben innerlich von dem Jodvasogen 3 mal täglich 5—10 Tropfen in Kakao nehmen. Kommt dazu noch hygienisch-diätetische Therapie, so gehen jene Drüsen trotz torpider Beschaffenheit und verdächtigen Charakters konstant zurück. Autor hat wiederholt die Freude gehabt, daß selbst solche Kinder, bei denen infolge von Erblichkeit, konstitutioneller Schwäche oder Anämie Disposition zur Tuberkulose anzunehmen war,

sich unter der Jodvasogenbehandlung sichtlich kräftigten, an Gewicht zunahmen und von der drohenden Tuberkulose frei blieben.

Grätzer.

N. Nathan-Raw, Le Mécanisme de l'infection tuberculeuse chez l'homme. (La Presse Médicale. No. 42.) Verf. vertritt die Ansicht, daß die Tuberkulose beim Rind und die des Menschen zwei verschiedene Formen ein und derselben Krankheit seien. Die Bazillen verhalten sich in beiden Fällen verschieden in der äußeren Form sowohl wie in dem Verhalten der Kolonien. Die Bauchtuberkulose beim Kind mit Schwellung der Mesenterialdrüsen dürfte tatsächlich auf eine Infektion durch tuberkulöse Milch zurückzuführen sein. Desgleichen dürfte die akute Miliartuberkulose mit der Rindertuberkulose identisch sein. Kurz, beim Menschen sieht man zwei verschiedene Formen von Tuberkulose auftreten, eine, die nur von Mensch auf Mensch sich vererbt, und eine, die auch beim Rinde vorkommt.

German (Göttingen).

Volland (Davos), Zur Entstehungsweise der Tuberkulose. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 29.) Gleich Behring ist V. der Ansicht, daß die Lungenschwindsucht nicht durch Einatmung des Krankheitserregers verbreitet wird, daß das Tuberkelvirus nicht zuerst in die Lungen, sondern zuerst in die Lymphbahnen und ins Blut gelangt, daß eine Ansteckung im späteren Lebensalter zu den größten Seltenheiten gehört, daß der Grund zur Schwindsucht in der Regel im frühen Kindesalter gelegt wird. Wodurch aber? Da gehen die Meinungen auseinander. V. ist davon überzeugt, daß die Ansteckung mit Tuberkulose bei weitem am häufigsten auf dem Wege der Skrofulose erfolgt. Letztere kommt fast nie im ersten Lebensjahre vor, sehr häufig dagegen im zweiten Jahre und den folgenden. Das kommt daher, daß das Kind erst nach Ablauf des ersten Lebensjahres, so wie es laufen lernt, in Berührung mit dem Fußboden kommt. Wunde Stellen um Nase und Mund, Gesichtsausschläge usw., wie sie ja in diesem Alter so überaus häufig, kratzt sich das Kind mit seinen Händen, der Händeschmutz wird in die geöffneten Lymphbahnen förmlich eingerieben. Die Skrofulose ist eine Schmutzkrankheit, sie kann zur Tuberkulose werden, wenn der Schmutz der Kinderhände auch Tuberkelgift enthält, was oft genug der Fall ist. Zunächst schwellen die Lymphdrüsen am Halse an, das Bild der Skrofulose ist da. Will man der Tuberkulose als Volkskrankheit an die Wurzel gehen, so muß man beim Kinde anfangen und es gegen die Infektion mit Tuberkulose, gegen das Eindringen dieses Krankheitserregers schützen. Wie schädlich schmutzige Kinderhände sind, das müßte weitesten Kreisen eindringlich klargelegt werden, und ein Tuberkulosemerkblatt müßte unbedingt auch folgende Sätze enthalten:

Die Kinder dürfen nicht am Boden herumkriechen.

Beim Laufenlernen müssen sie stets an der Hand oder am Gängelbande geführt werden.

Ist das Kind aber doch gefallen, so müssen die Händchen auch vom trockenen Staub sofort gesäubert werden. Die Spielsachen müssen ebenso sauber gehalten werden.

Es ist der Feersche Pferch zu empfehlen.

Der Geifer und der Nasenschleim sind unermüdlich zu entfernen.

Die Ausbildung der Kinderpflegerinnen darf sich nicht auf die Säuglingspflege beschränken.

Es muß ihnen klar gemacht werden, wie viel erst recht im zweiten und in den folgenden Lebensjahren auf peinlichste Sauberkeit des Kindes und seiner Hände ankommt.

Die Kinder müssen von vornherein so erzogen werden, daß sie selbst den Schmutz an den Händchen bald verabscheuen lernen.

Grätzer.

Ribbert, Über gleichzeitige primäre tuberkulöse Infektion durch Darm und Lunge. (Aus dem patholog.-anatom. Institut der Universität in Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 28.) R. hat im letzten Halbjahr 3 Fälle beobachtet, in denen bei Abwesenheit jeder anderen Tuberkulose ein Eindringen der Bazillen durch den Darm angenommen werden mußte. 2 Fälle betrafen Erwachsene mit tuberkulösen ileocökalen Lymphdrüsen ohne Veränderungen der Darmschleimhaut. Die dritte Beobachtung bezog sich auf ein 3jähriges Kind; die Mesenterialdrüsen waren in großer Anzahl bis zum Umfange einer Haselnuß angeschwollen und verkäst, die Darmschleimhaut intakt, ebenso die Bronchialdrüsen. In diesen 3 Fällen müssen also die Bazillen den Weg durch die Darmwand genommen haben, ohne sie in nennenswertem Umfange zu schädigen.

Größeres Interesse haben drei andere, ebenfalls aus dem letzten Halbjahre stammende Beobachtungen von selbständiger primärer Infektion durch Darm und Lunge. Die eine betraf ein 3jähriges Kind, bei dem die bronchialen und trachealen Drüsen stark vergrößert und verkäst, gleichzeitig die mesenterialen Drüsen erheblich angeschwollen und mit Käseherden durchsetzt waren. Über die Wurzel des Mesenteriums ging aber die Tuberkulose nicht hinaus, zwischen ihr und dem Lungenhilus bestanden keine Abnormitäten. Im Dünndarm waren zahlreiche typische tuberkulöse Ulcera vorhanden.

Hier ist sicher der Darm eine primäre, selbständige Eingangspforte für die Bazillen gewesen. Zur Erklärung der Bronchialdrüsenerkrankung bietet sich der einfache Weg der aërogenen Infektion ungezwungen dar. Die isolierte Verkäsung der Hiluslymphdrüsen deutet mit Sicherheit auf die Infektion von den Respirationswegen her, die das Quellgebiet der Drüsen darstellen. Das Kind hat sich eben einerseits vom Darm aus durch heruntergeschluckte, andererseits von der Lunge aus durch eingeatmete Bazillen infiziert. Auch in den beiden anderen Fällen war der Status ähnlich, auch hier lag eine doppelte primäre Infektion vor, ein Vorgang, der leicht erklärlich ist, da ja jedes Individuum, welches Bazillen einatmet, notwendig auch einen Teil davon herunterschluckt.

Die doppelte Infektion vermehrt die Fälle von primärer Darmtuberkulose, bei deren Nachweis man bisher immer Wert darauf legte, daß im Körper keine anderweitige Tuberkulose vorhanden war. Diese Bedingung ist aber, da gleichzeitig und unabhängig von der Erkrankung

des Darms auch eine solche der Respirationswege erfolgen kann, nicht maßgebend.

Aber die Beobachtungen haben noch ein anderes Interesse. Sie lehren mit ausreichender Sicherheit das Zustandekommen primärer Darmtuberkulose durch menschliche Bazillen. Denn auf diese muß die doppelte Infektion bezogen werden. Rinderbazillen können ja nicht wohl in Betracht kommen, man müßte denn annehmen, daß von ihnen die Darminfektion abhängig wäre, daß aber die aërogene Erkrankung von menschlichen Bazillen herrührt. Daran wird aber wohl niemand denken wollen.

Die doppelte Infektion legt aber ferner den Gedanken nahe, daß eingeatmete Bazillen größtenteils heruntergeschluckt werden können und daß dann nur der Darm primär infiziert wird. Es ist aber weiterhin zu beachten, daß, wie zuletzt v. Behring hervorhob, Milch und andere für Kinder bestimmte Nahrung durch menschliche Bazillen verunreinigt werden und daß auch diese dann zur primären Darmerkrankung führen kann.

Alle diese Möglichkeiten weisen darauf hin, daß man mehr, als es bisher geschah, bei der primären Darmtuberkulose an eine Infektion mit menschlichen Bazillen und weniger, als man es getan hat, an Rinderbazillen denken sollte. Grätzer.

Partsch (Breslau), Die Zähne als Eingangspforte der Tuberkulose. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 39.) P. beschreibt einen Fall, der großes Interesse beansprucht, insofern bislang in keinem der in der Literatur niedergelegten Fälle eine so sorgfältige Beobachtung vom ersten Entstehen der Krankheit an durchgeführt ist und so deutlich sich der Zahn als Eingangspforte der Tuberkulose bei vollständigem Mangel anderer tuberkulöser Erscheinungen erweisen ließ.

Das $14\frac{1}{2}$ jährige Kind stammte von gesunden Eltern und wies selbst weder Reste früher vorhandener, noch augenblicklich bestehende andere Krankheitsherde auf, als affizierte Drüsen, die also aller Wahrscheinlichkeit nach einen primären tuberkulösen Herd darstellten. Dieser trat zunächst in Form einer chronischen Periodontitis an einem kariösen unteren Molaren auf: leichte Druckempfindlichkeit des Zahns, Lockerung desselben, Schwellung des Kiefers, Schwellung der zugehörigen Lymphdrüsen. Von einer Veränderung des Zahnfleisches oder eitrigem Zerfall desselben war bei Beginn der Erkrankung keine Rede. Es bestand die Hoffnung, durch antiseptische Behandlung des Zahns die Affektion zur Heilung zu bringen. Nichts deutete damals auf die Schwere des Leidens hin. Selbst als die antiseptische Behandlung des Zahns erfolglos blieb, konnte man noch keinen Verdacht schöpfen, sondern hoffte durch die ohne Schwierigkeit erfolgende Extraktion des Zahns, die Ausheilung zu erwirken. Erst der weitere Verlauf klärte die wahre Natur des Prozesses auf. Das Ausbleiben des Schlusses der Extraktionswunde, das Abstoßen kleiner Knochenstückchen trotz der ohne Gewalteinwirkung erfolgten Entfernung des Zahns, die Zunahme der anfangs sich zurückbildenden Drüsenschwellung, das Überspringen der Schwellung auf andere, benachbarte

Drüsen, die steigende Auftreibung des Kiefers, die Lockerung der benachbarten, sonst gesunden Zähne erregten den Verdacht eines tieferen Leidens. Therapeutische Maßnahmen, welche in dem Fall einer einfachen Periodontitis mit Sicherheit bei Ruhe und gleichmäßiger Temperatur die Erscheinungen zur Rückbildung zu bringen pflegen, erwiesen sich als erfolglos. Die mikroskopische Untersuchung des der Wundfläche entnommenen Sekrets ergab kein entscheidendes Resultat. Die Beobachtung kleiner, gelblicher Einsprengungen in das Zahnfleisch und die die Wundfläche auskleidenden Granulationen, der erythematöse Zustand des Zahnfleisches, seine Schlaffheit und Lockerung, die allmählich zunehmende Verbreitung in die Umgebung ließ über die Natur der Erkrankung keinen Zweifel mehr. Dazu kam das Verhalten der Drüsen. So oft bei einfacher chronischer Periodontitis die Drüsen schwellen, erkranken doch nur die Drüsen, in welche die Lymphe von dem erkrankten Zahn eingeführt wird. Ein Überspringen der Erkrankung auf andere Drüsengruppen wird dabei nie beobachtet, und gerade dadurch wurde die Annahme eines sich selbständig in den Lymphbahnen fortpflanzenden Giftes wahrscheinlich gemacht. Die Operation gab dann den sicheren Beweis für die tuberkulöse Natur des Leidens. Das tuberkulöse Gift war offenbar durch den kariösen Zahn eingedrungen und hatte eine tuberkulöse Periodontitis erzeugt, die von dem Wurzelloch aus sich quer durch den Kiefer fortpflanzte und tuberkulöse Infektion der benachbarten submaxillaren Lymphdrüsen erzeugte, von der aus dann selbständig die Tuberkulose auf eine der oberen Halsdrüsen und die submentalen Drüsen übersprang.

Grätzer.

Oswald Meyer, Über den Zusammenhang zirkulärer Karies und zirkulären festhaftenden Belages am Zahnhalse mit Allgemeinkrankheiten des Kindesalters. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 1.) M. fand die früheren Neumannschen Untersuchungen an dem Material der Berliner Kinderklinik und Poliklinik im ganzen bestätigt. Die zirkuläre Karies und der zirkuläre festanhaftende Zahnbelag werden durch schwere Alterationen des Gesamtorganismus hervorgerufen und zwar vornehmlich durch die Skrofulotuberkulose, in zweiter Linie durch die Rachitis. Für andere Krankheiten, zumal für Lues, konnte kein Anhaltspunkt gewonnen werden. Befallen wird das Milchzahngebiß und das bleibende Gebiß. Auf Grund einer zirkulären Karies darf daher nicht ohne weiteres die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Skrofulotuberkulose" gestellt werden, doch kann in zweifelhaften Fällen die zirkuläre Karies wie die Verfärbung eine willkommene diagnostische Hilfe sein. Die nähere Ursache der Karies ist durch „saure Fermentation des Mundschleimes" (Neumann), der am Zahnhalse haftet, gegeben. An dieser Säurebildung können Allgemeinstörungen des Organismus verschiedener Art beteiligt sein — Rachitis so gut wie Skrofulose.

Hecker (München).

D. Klepetar (Prag), Ein Beitrag zur Kasuistik der Säuglingstuberkulose. (Prager med. Wochenschrift. 1905. No. 1.) K. bekam ein $5^1/_2$ Monate altes Kind in Behandlung. Dasselbe wurde bisher ausschließlich mit Muttermilch ernährt, war bis vor 8 Wochen

gesund und erkrankte dann mit Schnupfen und Husten. Mehrere Kinderärzte diagnostizierten „Pneumonie". K. erkannte, daß es sich um Tuberkulose handelte, fand auch im Sputum Tuberkelbazillen und konnte bei der Sektion seine Diagnose ebenfalls bestätigen. Es zeigte sich, daß die Mutter des Kindes seit 6 Monaten hustet, aber einen Arzt nicht konsultiert hatte. Auch ihr Sputum enthielt Tuberkelbazillen.

Der Fall, bei dem es sich zweifellos um eine Infektion des Kindes vom Respirationstraktus aus handelte, die Infektionsquelle aber ebenso sicher die Mutter war, zeigt wieder, wie wichtig auch bei Säuglingen die Untersuchung des Sputums ist, und wie man auch sofort die Mutter untersuchen soll. Wäre dies geschehen, so wäre sofort die Diagnose „Pneumonie" aufgegeben und die nötigen Konsequenzen aus der richtigen Diagnose gezogen worden. Grätzer.

L. Ascher (Königsberg i. P.), Die akuten Respirationskrankheiten speziell des Säuglingsalters. (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 2 u. 3.) A. fand, daß, im Gegensatz zur Tuberkulose, die Sterblichkeit an nicht tuberkulösen akuten Respirationskrankheiten in den letzten Jahrzehnten ganz erheblich zugenommen habe, vorzüglich im Kindes- und Greisenalter. Er spürte dem Grunde nach, dabei sich speziell an das Säuglingsalter haltend, und konnte konstatieren, daß in der Industrialisierung und Verdichtung der Bevölkerung der Grund liegt für die enorme Zunahme der akuten Respirationskrankheiten in Preußen, deren Opfer im Jahre 1900 für ganz Preußen 103603 Personen, darunter 48404 Säuglinge waren, während die Zahl der Tuberkulösen nur 70602 betrug. Als ätiologisch verantwortlich zu machenden Faktor dafür, daß gerade in Industriekreisen die Mortalität an den akuten Respirationskrankheiten so groß ist, bezeichnet A. die Kohlenfeuerung. Grätzer.

V. Babes, Über den Ursprung und die Bekämpfung der Tuberkulose. (Rumänische Akademie der Wissenschaften. Sitzung vom 6. Februar 1904.) B. wendet sich namentlich gegen die Behauptung Behrings, daß die Tuberkulose hauptsächlich durch die Kuhmilch und zwar im Kindesalter übertragen wird. Er stellt dem entgegen, daß die Tuberkulose im ersten Kindesalter relativ selten gefunden wird, namentlich vor dem dritten Lebensmonate, während mit dem fortschreitenden Alter die Zahl der tuberkulösen Infektionen, welche man an den sezierten Leichen vorfindet, in erheblichem Maße zunimmt. Auch bei Kindern findet man hauptsächlich die peritrachealen und bronchialen Lymphdrüsen ergriffen, andererseits hat B. schon im Jahre 1882 gezeigt, daß der Tuberkelbazillus in die Krypten der Tonsillen eindringen kann und nachdem es erwiesen ist, daß eine Infektion stattfinden kann; ohne daß eine merkliche Läsion der Eingangspforte nachweisbar wäre, ist es unmöglich, die Infektion durch den Rachen, die Tonsillen, im allgemeinen durch Einatmung zu vernachlässigen. Eine Infektion durch die genossene Milch ist nicht zu leugnen, aber dieselbe spielt gewiß nicht jene hervorragende Rolle, welche Behring ihr zuschreiben will. So z. B. ist in England, wo die Perlsucht unter den Rindern sehr verbreitet ist, und die Kinder

viel rohe Milch erhalten, die Tuberkulose unter denselben viel weniger verbreitet, als in Deutschland, wo die Kinder nur gekochte Milch erhalten. In Rumänien ist die Tuberkulose auch in jenen Gegenden sehr häufig, wo die Kinder überhaupt keine Kuhmilch erhalten. Es ist außerdem erwiesen, daß viele Kinder, welche nicht mit Kuhmilch ernährt wurden, doch tuberkulös werden. Auch ist die Identität der Rindertuberkulose mit der menschlichen noch nicht sicher erwiesen. Die Hauptquelle der menschlichen Tuberkulose gibt also immer der Mensch ab, wie dies an zahlreichen Beispielen erhärtet werden kann, und der Hauptgrund, warum so oft die Tuberkulose ausheilt, während in anderen Fällen dieselbe einen tödlichen Verlauf nimmt, sucht B. in der von ihm nachgewiesenen Mikrobenassoziation, durch welche erst das Feld für die Verbreitung des Kochschen Bazillus geschaffen wird.

E. Toff (Braila).

Johannes Ipsen (Däne), Menschentuberkulose vom Aussehen der Perlsucht des Viehs. (Hospitalstidende. 1904. No. 34.) Genaue Beschreibung eines Falles von Tuberkulose bei einem 10 Monate alten Mädchen. Die Sektion zeigte eine Affektion, die ganz mit gewissen Formen der Perlsucht des Viehs übereinstimmte. Die Tuberkelbazillen zeigten sich in diesem Fall avirulent oder minimal virulent für das Vieh; der Verf. hebt deshalb hervor, daß man aus dem Aussehen der tuberkulösen Veränderungen bei Menschen nicht schließen kann, ob die vorhandenen Bazillen Menschentuberkelbazillen oder Kuhtuberkelbazillen sind. Der Fall wird in extenso in Virchows Archiv erscheinen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Johannes Ipsen, Menschentuberkulose vom Aussehen der Rinderperlsucht. (Virchows Archiv. Bd. 177. Heft 3.) Krankengeschichte und Sektionsbericht von einem 10 Monaten alten Mädchen. Neben einer gewöhnlichen Tuberkulose der Lungen und des Darmes fand sich besonders an der Serosa des Kolon als auch des Dünndarmes eine Affektion, die vollständig mit gewissen Formen der Perlsucht des Rindes übereinstimmte. Es fanden sich nämlich zahlreiche bis erbsengroße Knoten, die mehr oder weniger gestielt waren. Die von dem vorliegenden Falle stammenden Tuberkelbazillen zeigten sich im Experiment nur sehr wenig virulent für das Rind.

Schridde (Marburg).

H. Beitzke, Über Untersuchungen an Kindern in Rücksicht auf die v. Behringsche Tuberkuloseinfektionstheorie. (Aus dem patholog. Institut zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 2.) v. Behring hat bekanntlich die Säuglingsmilch als Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung bezeichnet und die Theorie von der infantilen tuberkulösen Infektion aufgestellt, die zur tuberkulösen Lungenschwindsucht disponieren soll. Diese Theorie ist bereits von maßgebender Seite bekämpft worden, und es wurde gezeigt, daß die Annahme einer voraufgegangenen disponierenden Infektion für die Erklärung der Schwindsuchtsentstehung absolut nicht erforderlich ist. Wohl ist bekannt, daß Kinder oft eine tuberkulöse Infektion überstehen; man kann auch die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, daß damit Veränderungen im Organismus gesetzt werden,

die gelegentlich auch auf den Verlauf einer späteren abermaligen Infektion von irgendwelchem Einfluß sein können. Daß aber eine solche infantile Infektion einer Phthise vorausgehen muß, daß sie auch nur einen wesentlichen Faktor für die Entstehung der Lungenschwindsucht abgeben soll, daß diejenigen Bedingungen, unter welchen v. Behring künstlich beim Tier Lungenschwindsucht erzeugen konnte, auch beim Menschen unter natürlichen Verhältnissen stets maßgebend sind, bleibt erst noch zu erweisen.

Es käme vor allem darauf an, fastzustellen, ob denn die infantile Infektion wirklich in der Häufigkeit vorkommt, wie sie bei der großen Verbreitung der Lungenphthise in Übereinstimmung mit der v. Behringschen Theorie zu fordern wäre. Nach Nägeli finden sich tuberkulöse Veränderungen oder Residuen von solchen bei Kindern unter 10 Jahren nur in etwa 20 % der Fälle. Nun sagt aber v. Behring, daß die infantile Infektion gar keine anatomischen Veränderungen zu hinterlassen braucht; die in die Blutbahn gelangten Tuberkelbazillen sollen in manchen Fällen nur funktionelle Störungen hervorrufen, in anderen Fällen bilden sich die geringen anatomischen Veränderungen angeblich spurlos wieder zurück. Da ist denn freilich von histologischen Untersuchungen eine Entscheidung der Frage nicht zu erwarten, und der Pathologe kann den Nachweis einer bestehenden latenten Tuberkuloseinfektion nur führen durch Auffindung des Tuberkelbazillus im Blute. B. hat nun Untersuchungen nach dieser Richtung hin vorgenommen. Untersucht wurden Kinder im Alter von 2 Tagen bis zu 9 Jahren, bei deren Sektion keinerlei makroskopisch wahrnehmbare tuberkulöse Veränderungen aufzufinden waren. Da die Tuberkelbazillen aus dem Intestinaltraktus ins Blut gelangen sollen, so waren sie mit größter Wahrscheinlichkeit in dem mit der Lymphe gemischten venösen Blut, also im rechten Herzen zu erwarten. Die Blutentnahme bei 48 Fällen und Impfung auf Meerschweinchen ergab nur einen verdächtigen Fall, bei allen übrigen 47 Fällen ergab sich weder durch den Tierversuch noch durch die Inoskopie der geringste Anhalt für die Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Blute anatomisch nichttuberkulöser Kinder. Die Behauptungen v. Behrings von der Existenz einer latenten infantilen Infektion und ihrer Rolle in der menschlichen Phthisiogenese erfahren also durch diese Untersuchungen zum mindesten keine Stütze. Solange uns v. Behring das Vorkommen, und zwar das häufige Vorkommen seiner latenten infantilen Infektion nicht greifbar beweist, können wir sie nicht anerkennen. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 19. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte

am 13. November 1904 zu Köln.

Selter (Solingen) stellt einen 9jährigen Knaben vor mit **progressiver Muskelatrophie:** Pectoralis, Schulterblattmuskulatur, Bizeps völlig atrophiert, die übrige Armmuskulatur bis auf kleine Funktionsreste. Rückenmuskulatur völlig atrophisch,

Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur erheblich in der Funktionsfähigkeit herabgesetzt.

Gastroknemii erhalten. Gesichtsmuskulatur wenig funktionsfähig — Muskelerregbarkeit herabgesetzt, keine Entartungsreaktion, keine Sensibilitätsstörungen, keine Sphinkterlähmungen. Dabei ist der Knabe leicht imbezill, trotz 3jährigen Unterricht nicht in der Lage leichte Exempel (4 + 3) zu lösen. S. entwickelt dann die Änderungen in den Anschauungen über die Art der Erkrankung und führt zum Schlusse die von Torgaz in Nothnagels Lehrbuch angegebene Einteilung in spinale, neurale und myogene Formen der Muskelatrophie an, innerhalb deren es allerhand Übergänge und Mischformen gibt.

Maas (Aachen): **Über Taubstummheit.** Führt aus: Unter Taubstummheit versteht man denjenigen krankhaften Zustand, welcher auf einer angeborenen oder im frühen Kindesalter erworbenen Anomalie des Gehörorganes beruht, infolge welcher eine dauernde und so bedeutende Herabsetzung des Gehörs eingetreten ist, daß das Individuum durch Hilfe des Gehörs allein die Sprache nicht erlernen konnte oder die Sprache, falls sie schon beim Eintritt der Taubheit erlernt war, nicht auf diese Weise hat erhalten können. Demgemäß unterscheidet man eine angeborene und eine erworbene Taubstummheit, diese ist etwas häufiger als jene. Das männliche Geschlecht wird von der Taubstummheit häufiger betroffen, als das weibliche. Als Ursache der angeborenen Taubstummheit betrachtet man die Vererbung und Blutsverwandtschaft der Eltern. Die erworbene Taubstummheit entsteht am häufigsten im Anschluß an Hirnentzündung und epidemischer Genickstarre, ferner durch Ohrenerkrankungen im Anschluß an Scharlach, Diphtherie, Masern, Typhus, Mumps, Influenza, Keuchhusten und Lungenentzündung. Die meisten Erkrankungen, welche zur Taubstummheit führen, treten im zweiten Lebensjahre auf. Man nimmt im allgemeinen an, daß vor dem achten Lebensjahre erworbene Taubheit regelmäßig zur Taubstummheit führt, in einzelnen Fällen trat noch bei Erkrankung nach dem 13. Lebensjahre Stummheit auf. Die Verhütung der Taubstummheit wäre in vielen Fällen möglich, wenn man den Ohrenleiden der Kinder größere Beachtung schenkte. Von großer Wichtigkeit für die Ausbildung der Taubstummen ist der systematische Taubstummenunterricht, welcher sich besonders in Deutschland zu hoher Blüte entwickelt hat. Neuerdings versucht man die vorhandenen Hörreste der Taubstummen durch geeignete Hörübungen besser auszunutzen. Genauere Untersuchungen an Taubstummen haben nämlich ergeben, daß viele noch über einen ansehnlichen Hörrest verfügen.[1])

Brehmer (Solingen) berichtet über einen Fall von **Blennorrhoea neonatorum mit Arthritis gonorrhoica** und demonstriert eines der eitrigen Gelenke mit den mikroskopischen Präparaten des gonokokkenhaltigen Bindehaut- und Gelenkeiters. Bericht über die Literatur des seltenen Falles von Ophthalmoblennorrhoe mit Arthritis blennorrhoica erscheint an anderer Stelle ausführlicher.

Selter demonstriert Präparate eines Falles von **eitriger Pericarditis.** Dieselben stammen von einem ca. 3 Monate vorher an Empyema pleurae operierten Falle, der angeblich gut ausgeheilt war. Bei der klinischen Beobachtung fand sich eine Herzfigur, die oben von der zweiten Rippe abwärts aber sonst keine Vergrößerung zeigte. Spitzenstoß loco typico, keine Geräusche. Die Leber war stark vergrößert, hart, druckempfindlich. Gesicht gedunsen, leicht livide. Keine Temperatursteigerung. Punktion des Herzbeutels erfolglos. Bei der Autopsie fand sich der Herzbeutel an der Herzspitze in ziemlich großer Ausdehnung verwachsen, desgleichen an den Austrittsstellen der großen Gefäße, dazwischen zog sich ringförmig um das Herz ein Wall von Eiter (ca. eine Tasse voll). Hierdurch wurde der negative Erfolg der Punktion und der Mangel von physikalischen Anzeichen für Pericarditis erklärt.

Rensburg (Elberfeld). **Pädiatrische Arbeiten über Körpersäfte (Blutserum) in diagnostischer und therapeutischer Beziehung** (Sammelreferat, zu kurzem Referate nicht geeignet).

Zur Diskussion: Siegert: Ich glaube, eine perniziöse Anämie als klinische Einheit gibt es nicht. Perniziös nennen wir jede schwerste Anämie — aus welchem Grund immer —, die die bekannten Blutbilder zeigt und zum Tode führt. Perniziös kann unter ungünstigen Umständen jede Anämie werden. Jedenfalls fehlt

[1]) Der Vortrag ist in den Würzburger Abhandlungen III. Jahrgang Heft 11 erschienen.



jede Veranlassung, das klinische Bild der perniziösen Anämie als berechtigt anzusehen.

Selter: Um das Verhalten der Leukozyten bei Appendizitis festzustellen gehört eine Reihe von Untersuchungen. Wir sind aber hier bei der Appendizitis des Kindes zu kurzem Entschluß gezwungen — also dürfte eine solche Untersuchung aus praktischen Gründen, ganz abgesehen von dem noch zweifelhaften Wert, nicht brauchbar sein. — Zwischen Anämie und perniziöser Anämie ist nur ein gradueller Unterschied, ebenso wie im Blutbefund; ob wir berechtigt sind, den Begriff der perniziösen Anämie als Krankheit sui generis festzuhalten, ist zweifelhaft.

Koch (Wiesbaden) fragt an, ob bereits Publikationen über eine Einwirkung der gegen Scharlach injizierten Sera verschiedener Herkunft auf die Blutbeschaffenheit, insonderheit die bei Scharlach gefundenen Hyperleukozyten vorliegen.

Bloch (Köln) möchte die Anaemia splenica als Krankheit sui generis betrachten, da sie trotz der großen Häufigkeit der Magendarmerkrankungen, aus denen sie nach Senator resultiere, nur selten beobachtet wird. Die Fälle gehen, wie B. in drei Fällen konstatierte, nicht selten an intermittierenden Krankheiten zugrunde. Das Hauptsymptom an der Krankheit ist der Milztumor, die Anämie oft nicht einmal als sehr hochgradig zu bezeichnen. Rey.

Bericht über die 3. Versammlung der Vereinigung süddeutscher Kinderärzte

am 11. Dezember 1904 zu Frankfurt a. M.

1. Gernsheim (Worms), Fall von **Hernia lumbalis spuria** bei 2jährigem Mädchen, die im 1. Lebensjahre sich im Anschluß an Poliomyelitis entwickelt hat.

2. Privatdozent H. Koeppe (Gießen). **Blutforschung und Serumtherapie.** Durch das Bestreben der Serumtherapeuten, das vorliegende Material auch nach der theoretischen Seite zu verarbeiten, haben sich gewisse Beziehungen angebahnt zwischen diesen Arbeiten und den speziell physikalisch chemischen Blutuntersuchungen. Diese Beziehungen knüpfen an den Begriff der Hämolyse an.

Redner setzt auseinander, wie seine eigenen Untersuchungen von einer einzigen Hypothese ausgingen, nämlich der Annahme, daß die roten Blutscheiben von einer sogenannten halbdurchlässigen Wand umgeben seien. Ist eine halbdurchlässige Wand vorhanden, so sind die Bedingungen gegeben, daß der osmotische Druck sich geltend machen kann, und in der Tat ließ sich in aller Strenge das Wirken des osmotischen Druckes und die Geltung aller Gesetze des osmotischen Druckes an roten Blutscheiben nachweisen. In der Verfolgung dieser Gesetzmäßigkeiten gelangt man zu der Vorstellung, daß Lackfarbenwerden des Blutes, also Hämolyse eintritt, wenn die hypothetische halbdurchlässige Wand verletzt oder zerstört wird. Erfolgt die Verletzung der halbdurchlässigen Wand durch den osmotischen Überdruck im Innern der roten Blutscheiben, so kommt es zur Wasserhämolyse. Unabhängig von dieser Wasserhämolyse führen andere Faktoren ebenfalls zu Hämolyse. Es lassen sich unterscheiden: Säure-, Alkali-, Wärmehämolyse und Hämolyse durch fettlösende Stoffe (Alkohol, Äther, Chloroform usw.). Wichtig für den Eintritt wie auch den Verlauf aller dieser Hämolysen sind: Art und Konzentration des hämolytischen Agens, sowie Temperatur und Zeit der Einwirkung. Diese vier Faktoren zusammen bestimmen den Eintritt der Hämolyse. Alle diese Beobachtungen führten sodann zu der Annahme, daß die halbdurchlässige Wand der roten Blutscheiben einen fettähnlichen Bestandteil besitzen muß. Dieser fettähnliche Bestandteil muß in dem Stromata der Blutscheiben vorhanden sein, wie aus der Art der Darstellung hervorgeht. Es gelang dem Redner diese Stromata zu färben (mit Methylviolett) und so den Nachweis zu liefern, daß dieselben in reinem Wasser noch vorhanden, obwohl sie nicht sichtbar sind, auch daß sie nicht gequollen sind. Für die Fettnatur der Hülle der Blutscheiben spricht noch eine Beobachtung, über welche der Vortragende berichtet, nämlich daß bei starkem Zentrifugieren die eng aneinander gedrängten Blutkörperchen lackfarben erscheinen, weil keine verschiedene Brechung

mehr besteht, diese lackfarbenen Blutscheiben werden aber wieder deckfarben, wenn man sie wieder in eine Salzlösung oder ins Plasma versetzt und so wieder Brechungsunterschiede zwischen Plasma und Hüllen auftreten.

Dieser Fortschritt in der Erkenntnis der Wechselbeziehungen zwischen Blutscheiben und Plasma, sowie über die sonstigen Eigenschaften der Blutkörperchen, ist naturgemäß auch für die Serumtherapeuten wichtig, welche annehmen, z. B. daß die Toxine durch die Hüllen der Blutscheiben gebunden werden usw.

Besondere Bedeutung gewinnen diese Blutuntersuchungen dadurch, daß an der Hand derselben bestimmte Vorschriften gegeben werden können, bei Untersuchungen über das hämolytische Vermögen irgend welcher Substanzen. Die Versuchsmethodik muß so sein, daß alle bekannten Formen der Hämolyse mit Sicherheit ausgeschlossen sind, dann erst kann eine beobachtete Hämolyse als eine neue spezifische Hämolyse angesehen werden.

3. A. de Bary (Frankfurt a. M.). **Fälle von ungewöhnlicher Wachstumsstörung des Oberschenkels.** 3 Fälle. Bei zwei Kindern einseitige, bei einem doppelseitige, von der unteren Femurepiphyse ausgehende Wachstumshemmung des Oberschenkels, welche zu Verkürzungen von 8—10 cm geführt haben. Die Epiphyse dabei verdickt, plump, von unregelmäßiger Form, an Stelle der Knorpelepiphyse ist eine knöcherne Kante durchzufühlen. Röntgenaufnahme ergab in allen Fällen einen dichten (Knochen-) Schatten, welche die Epiphysenlinie durchsetzte und strahlige Verästelungen in den Bereich des epiphysären und diaphysären Knochens aussandte. Von der Epiphysenknorpellinie waren nur noch Reste vorhanden, welche unregelmäßig gelagert waren und zur Erklärung der Deformierung der Epiphyse heranzuziehen sind. Die Knorpelungen der übrigen Knochen der Kinder, die im Alter von 11—13 Jahren standen, waren normal.

Ätiologisch waren die gewöhnlichen ursächlichen Momente der Epiphysenlösung (schweres Trauma, Osteomyelitis, Tuberkulose) auszuschließen, auch die hereditäre Syphilis konnte in zwei Fällen bestimmt ausgeschlossen werden, und war nur in einem (einseitigen) Falle mit Rücksicht auf die Anamnese nicht ganz abzulehnen, obwohl das Kind nie Erscheinungen florider Lues gezeigt hat. Dagegen waren alle drei Kinder früher schwer rachitisch, und lernten erst mit 4—5 Jahren laufen. Dieses Moment bei Rachitis wird für die Ätiologie insofern verwertet, als angenommen wird, daß bei den weichen hyperämischen, rachitischen Knochen geringfügige Traumata, ähnlich wie zu Frakturen, auch zu Verletzung, also partieller Lösung der Epiphyse führten, welche mit vorzeitiger Verknöcherung ausheilten. Dafür spricht auch die Stelle der Erkrankung, indem gerade das untere Femurende bei dem häufigen Fallen der Kinder auf die Knie relativ oft traumatischen Insulten ausgesetzt ist.

4. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.). a) **Fall von multipler Lähmung der Arme und Beine nach Poliomyelitis.** Der 10 jährige mit hochgradigen pedes vari behaftete Knabe verfügt an den oberen Extremitäten fast nur über die Schultermuskulatur, die ihn u. a. befähigt, von großem Talent zeugende farbige Zeichnungen zu entwerfen.

b) **Fall von Sklerodermie** bei 4 jährigem Mädchen, seit etwa 1 Jahr bestehend. Induratives Stadium mit beginnender Atrophie.

5. Großmann (Frankfurt a. M.). a) Ein Kind von $^1/_2$ Jahr, bei dem am 7. Tage post partum eine apfelsinengroße, bereits eitrig belegte und an einer Stelle perforierte **Myelomeningocele** der Sakralgegend exstirpiert wurde. Glatte Heilung.

b) Ein 1 jähriges Kind, das im Oktober v. J. wegen einer **Meningocele sacralis naterior** operiert wurde. Der Fall stellt ein Unikum dar, insofern der hühnereigroße Tumor nicht in das Becken hineingewachsen war, sondern unter den Weichteilen der rechten Glutäalgegend zum Vorschein kam, so daß er von hier aus entfernt werden konnte. Glatte Heilung. Das Röntgenbild zeigt deutlich einen Defekt der drei unteren Sakralwirbelkörper auf der rechten Seite.

c) Ein Kind von $^1/_2$ Jahr mit einer **rechtsseitig angeborenen Kniegelenksluxation** nach vorn.

6. M. Neisser (Frankfurt a. M.). **Über Agglutination.** Das Agglutinationsphänomen berührt zwei Forschungsgebiete. Einmal die Immunitätslehre, welche zumal seit der Ehrlichschen Seitenkettenlehre plausible und fruchtbare Vorstellungen für das Zustandekommen des Agglutinins geschaffen hat. Die Ehrlichsche Seitenkettenlehre hat auch die erste plausible Erklärung für die rätselhafte

Spezifität der Agglutinationsreaktion und für die noch rätselhafteren Ausnahmen von dieser Regel geliefert. Es blieb noch zu erklären, welche Kräfte die mit dem Agglutinin beladenen Bakterien zusammenführen, so daß sie nunmehr Haufen bilden. Das neuere Studium der Kolloide hat auch hier Erklärungen geschaffen. Danach sind es in letzter Linie die Ionen der Salze, welche infolge ihrer elektrischen Ladungen ausflockend zu wirken imstande sind. Die Ausflockung der mit Agglutinin beladenen Bakterien steht in Parallele zu der Ausflockung feinster Tonpartikelchen usw. durch Salze. Viel wunderbarer ist es, daß normale Bakterien, die ja auch Suspensionen sind, durch Salze nicht ausgeflockt werden. Es beruht das in dem Eiweißcharakter der Bakterien, da Eiweißsubstanzen gleichsam Schutzkörper gegen die Salzausflockung sind. Diese Schutzkörper der Bakterien bilden im Tierkörper einen Antischutzkörper, der die Bakterien ihres Schutzkörpers beraubt.

7. A. v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.). a) **Mikromelie** bei einem 7jährigen Mädchen. b) Fälle mit **Mißbildung der Mundhöhle.** α) 5monatliches Kind mit Spaltung der Zunge. β) 4 Fälle von partiellem Mangel des knöchernen Gaumengewölbes ohne gleichzeitigem Mangel der Gaumenschleimhaut. (Insuffic. velo-palatina Lermoyez.)

8. Blumenfeld (Kassel) berichtet über die dortselbst seit Mai 1904 bestehende und von ihm ins Leben gerufene **Milchküche für Säuglinge.** Die Milchküche stellt sich die Aufgabe in erster Linie an Minderbemittelte und Unbemittelte eine einwandsfreie, dem jeweiligen Alter entsprechend zusammengesetzte Säuglingsnahrung in trinkfertigen Einzelportionen zu billigem Preise abzugeben. Während die Anstalt anfangs auf die Wohltätigkeit weitester Kreise angewiesen war, wird jetzt aus städtischen Mitteln ein namhafter Zuschuß gewährt, so daß keine finanziellen Schwierigkeiten mehr bestehen. Vortragender erläutert an der Hand von Abbildungen die mustergültigen Einrichtungen der Milchküche, und dürfte diese wohl die erste sein, welche im großen und ganzen den Grundsätzen entspricht, die Schloßmann auf dem letzten Naturforschertag in Breslau aufgestellt hat. (Von dem mitgeteilten Zahlenmaterial sei erwähnt, daß während der letzten 6 Monate [Mai bis Oktober] ca. 110000 Flaschen Säuglingsnahrung verabreicht wurden: Die Zahl der verpflegten Kinder betrug durchschnittlich 110. Der Verbrauch an Milch beziffert sich auf mehr als 20000 Liter.) Cahen-Brach.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Nach Wiener med. Presse.)

Sitzung vom 3. November 1904.

Spiller demonstriert einen dreijährigen Knaben mit **Osteoarthropathie.** Das Kind hat vom 11.—16. Lebensmonat an Krämpfen gelitten, zu dieser Zeit begann auch die jetzige Erkrankung des Knochensystems. Die Untersuchung ergibt eine Verdickung der Ober- und Unterschenkel, sowie der Vorderarme, Schwellung der Sprung-, Knie- und Handgelenke, Offenstehen sämtlicher Fontanellen, Klaffen der Schädelnähte. In der Lambdanaht ist eine weit klaffende Lücke. Die Auftreibungen der Röhrenknochen sind druckschmerzhaft und, wie die Röntgenuntersuchung lehrt, durch schalenförmige Periostauflagerungen bedingt. Die Affektion beruht vielleicht auf luetischer Basis, worüber die einzuleitende antiluetische Therapie näheren Aufschluß geben wird.

Ferner demonstriert derselbe ein Mädchen mit **Bindehautxerose,** welche auf den Lidspaltenbereich der Conjunctiva bulbi beschränkt ist und vielleicht mit einer abgelaufenen Diphtherie zusammenhängt. Die Affektion kommt auch bei ganz gesunden Kindern vor.

R. Neurath stellt ein 7jähriges Mädchen mit **chronischer Polyarthritis** vor. Das Kind, welches Masern mit Pneumonie überstanden hat, erkrankte vor 2 Jahren unter schmerzhafter Schwellung der Knie- und Sprunggelenke, dann wurden zahlreiche andere Gelenke in gleicher Weise ergriffen, so daß Pat. jetzt nicht mehr

stehen und gehen kann; auch die Beweglichkeit der Arme und Hände hat infolge der Gelenkaffektionen sehr gelitten, der Kopf ist schwer beweglich, was auf eine Erkrankung des Gelenkes zwischen dem 5. und 6. Halswirbel beruhen dürfte, wo eine Vortreibung zu tasten ist. Der Verlauf der Krankheit, gegen welche Bäder, Massage und antiluetische Therapie erfolglos angewendet wurden, ist chronisch rezidivierend. Das Röntgenbild ergibt eine Hypoplasie der Knochen und eine Beschleunigung der Ossifikation.

K. Hochsinger bemerkt, daß gegen die Annahme einer luetischen Arthropathie die Multiplizität des Gelenkprozesses spricht.

Leiner demonstriert ein $2^1/_2$jähriges Kind mit universellen, seit einem Jahre bestehenden **Hauttuberkuliden.** Der ganze Körper ist mit hirsekorngroßen Infiltraten bedeckt, welche in der Mitte eine Delle tragen und mit Schüppchen überzogen sind; einige zeigen Rückbildungsvorgänge. An einzelnen Stellen finden sich Lichen scrophulosorum und Tuberculosis verrucosa cutis. Daneben besteht Tuberkulose der rechten Lunge.

Th. Escherich: **Pädiatrische Reiseeindrücke.**

Vortr. schildert in anziehender Weise die Eindrücke, welche er anläßlich seines Besuches des Internationalen mediz. Kongresses in St. Louis gewonnen hat. Die Entwicklung der Pädiatrie datiert in Amerika seit dem Bürgerkriege und ist auf europäische Einwanderer zurückzuführen. Viele Kinderärzte haben ihre Erziehung in Deutschland und in Wien genossen; sie bilden zahlreiche pädiatrische Gesellschaften, von denen die statutenmäßig nur 50 Mitglieder zählende American pediatric Society die vornehmste ist. Eigentliche Kinderspitäler existieren in Amerika nur zwei, in Albany und New-York, dagegen haben die meisten Spitäler eine eigene Kinderabteilung. Im Staatsexamen, welches die Ärzte vor dem Eintreten in die Praxis ablegen müssen, ist die Kinderheilkunde kein Prüfungsgegenstand, und es gibt wenig Ärzte, welche sich speziell nur der Kinderheilkunde widmen. Die meisten epidemischen Krankheiten treten in den Vereinigten Staaten anscheinend in leichter Form auf, so daß Isolierspitäler erst in allerletzter Zeit angelegt werden; dagegen finden sich ziemlich oft Meningitis cerebrospinalis epidemica, Skorbut und gonorrhoische Allgemeinerkrankungen. Eine sehr verbreitete, ätiologisch nicht erforschte Krankheit ist dort das periodische Erbrechen der Kinder, welches Kinder in voller Gesundheit befällt, 2—3 Tage anhält und dann in Genesung übergeht. Bei den Negern ist im Norden die Rachitis häufig, im Süden selten. Die Säuglingssterblichkeit an Sommerdiarrhöe ist sehr groß; zwecks Behandlung werden die Kinder in luftigen Baracken untergebracht und daselbst kräftig ernährt. Die künstliche Ernährung der Kinder ist weit verbreitet, Ammen sind in Amerika fast ganz unbekannt. Gute Säuglingsmilch wird armen Müttern zu äußerst billigem Preise in den Dispensaries von Strauß geliefert, der reichen Klientel dienen spezielle Milchlaboratorien, welche die Milch nach ärztlicher Verschreibung in beliebiger prozentischer Zusammensetzung liefern. Die zwei bestehenden selbständigen Säuglingsspitäler haben eine sehr geringe Mortalität, was hauptsächlich auf die ausgezeichnete Pflege zurückzuführen ist, für welche vorzüglich geschultes Pflegepersonal zur Verfügung steht, da dasselbe eine sehr lange Lehrzeit durchmachen muß.

Sitzung vom 10. November 1904.

Es stellt R. Schmidt eine 12jährige Pat. mit **hochgradigen Deformitäten der Hände** vor. Vor 8 Jahren stellten sich an den letzteren vasomotorische Störungen (Blaufärbung) und dauernd anhaltende Schmerzen ein, 3 Jahre später wurden die Weichteile der Hände wulstig, es entstanden Luxationen und Subluxationen in den Fingergelenken. In der Muskulatur der Hände und Vorderarme sind knotige Verdickungen tastbar. Seit einiger Zeit ist auch die Nase auffallend groß geworden und es haben sich Kopfschmerzen eingestellt. Die Ätiologie ist nicht klar, vielleicht handelt es sich um eine deformierende progressive Polyarthritis; gegen Syringomyelie spricht das Fehlen von Sensibilitätsstörungen, ebenso findet sich kein sicherer Anhaltspunkt für Lepra.

Jul. Flesch stellt ein Mädchen mit einer **partiellen funktionellen Kontraktur des Cucullaris** vor. Pat. bekam wenige Tage nach einer wegen Diphtherie ausgeführten Seruminjektion in der Gegend der rechten Skapula einen Zellgewebsabszeß, welcher inzidiert wurde. Als der Verband abgenommen wurde, zeigte es sich, daß die rechte Skapula mit dem akromialen Ende um 3 cm höher stand als links und mit

dem untern Winkel nach außen gedreht war. Dabei war sie fest an den Thorax angepreßt. Es handelt sich um eine primäre funktionelle Kontraktur der mittleren Portion des Cucullaris.

Sitzung vom 17. November 1904.

Heller stellt ein fünfjähriges Kind mit **geheilter Hörstummheit** vor. Dasselbe hat Rachitis, Stimmritzenkrampf und Masern überstanden und lernte erst spät gehen. Es war trotz intakten Hörvermögens und trotz bestehenden Sprachverständnisses bis zum Vorjahre nicht zum Sprechen zu bewegen, dabei war es jedoch imstande, Lieder zu singen. Die Intelligenz des Kindes war gering und es schenkte seiner Umgebung wenig Aufmerksamkeit. Vortr. führt den Sprachunterricht bei dem Kinde nach der Anschauungsmethode durch, indem ihm Namen vorgezeigter Gegenstände und Bilder vorgesagt wurden, welche das Kind nachsagen mußte. Durch geduldige Wiederholung dieser Übungen lernte es zuerst Gegenstände, dann Eigenschaften kennen und schließlich Sätze bilden. Gegenwärtig kann das Kind gut sprechen und ist intelligent. Eine Schwester desselben litt an derselben Art von Sprachunvermögen.

Th. Escherich bemerkt, daß der Fall als psychische Taubheit aufzufassen sein dürfte.

Ign. Eisenschitz weist darauf hin, daß oft Kinder aus unbekannter Ursache erst sehr spät sprechen lernen, ohne daß man sie deshalb als krank ansehen müßte.

Fr. Hamburger stellt einen Knaben mit **angeborner Insuffizienz der Aorta und Erweiterung der Pars ascendens derselben** vor. Die Untersuchung ergab folgenden Befund: Verbreiterter hebender Spitzenstoß im 5. Interkostalraum außerhalb der Mammillarlinie, Herzdämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternums, links bis über die Mammillarlinie vergrößert, vom Jugulum reicht ein streifenförmiger Dämpfungsbezirk bis zur Herzdämpfung, daselbst ist im Röntgenbilde ein Schatten zu sehen, welcher der erweiterten Aorta entspricht. Systolisches Geräusch über der Herzspitze, über der Aorta lautes, schabendes, systolisches Geräusch. Pat. zeigt keine Kompensationsstörungen.

Herm. Schlesinger bemerkt, daß bei Stenose des Isthmus aortae der Puls in der Bauchaorta und in den Femorales fast verschwindet, vom Thorax zum Bauch erweiterte Gefäße ziehen, die Erweiterung der Mammaria int. sich durch ein Geräusch neben dem Sternum dokumentiert. Kompensationsstörungen treten, selbst bei schwerer Arbeit, erst spät ein.

K. Hochsinger weist darauf hin, daß die Erweiterung der oberflächlichen Gefäße bei Kindern meist fehlt, ebenso verschwindet nicht immer der Puls in der Femoralis.

Herm. Schlesinger demonstriert anatomische Präparate eines Falles von **Bantischer Krankheit.** Dieselben stammen von einem 24jährigen Manne, welcher seit der Kindheit beträchtliche Quantitäten Branntwein konsumiert und immer schwach und blaß war. Im Laufe des letzten Sommers wurde er sehr schwach und bekam Ikterus. Bei der Spitalsaufnahme wurden Vergrößerung der Milz bis zum Nabel und derber Lebertumor konstatiert. Im Blute fanden sich 6720000 rote und 7200 weiße Blutkörperchen in 1 cm^3, die Zahl der ersteren sank später auf $4^1/_2$ Millionen. Pat. starb unter zunehmender Schwäche. Die Obduktion ergab eine große Leber mit den Eigenschaften der alkoholischen Zirrhose, eine weiche, vergrößerte Milz, Knochenmark auffallend rot, Schleimhaut des Magens gewulstet, im Darm alte Geschwüre. Es dürfte sich um eine Übergangsform zwischen Bantischer Krankheit und Leberzirrhose handeln.

J. Zappert: **Über nächtliche Kopfbewegungen der Kinder.**

Vortr. hat 6 Fälle beobachtet, in welchen Kinder während des Schlafes unausgesetzt rhythmische Kopfbewegungen ausführten; gewöhnlich wackelten sie unaufhörlich mit dem Kopfe auf der Unterlage, andere stießen mit dem Kopfe in das Kopfkissen. In einem Falle war dies von Bewegungen eines Armes und von einem leisen Summen begleitet. Die Bewegungen treten jede Nacht auf, fehlen meist beim Einschlafen und beginnen erst im tiefen Schlafe, um bis zum Erwachen auszuhalten. Nach dem Erwachen wissen die Kinder nichts von ihren nächtlichen Bewegungen und sind sonst normal. In einem Falle führte das Kind die wackelnden Bewegungen mit Vorliebe auch im Wachen aktiv aus. Die nächtlichen Kopfbewegungen treten meist im 3.—4. Lebensjahre auf; bei einem Kinde war dies schon in den ersten Lebensmonaten der Fall, sie dauern dann einige

Jahre an. Vortr. möchte diese Affektion in die Gruppe der Stereotypien einrechnen, zu welcher z. B. auch das Fingerlutschen und Nägelbeißen gehören.

F. Steiner beobachtete einen analogen Fall, in welchem die rhythmischen Kopfbewegungen auch bei Tage ausgeführt werden.

R. Neurath sah zwei Fälle mit Eintritt der Kopfbewegungen beim Einschlafen und Erwachen.

Ign. Eisenschitz hat gegenwärtig einen Fall mit nächtlichen Kopfbewegungen in Beobachtung.

Schlichter meint, daß die Kinder diese Kopfbewegungen bei Tage lernen und dann in der Nacht automatisch ausführen.

J. Zappert bemerkt, daß der beschriebene Zustand ziemlich häufig zur Beobachtung komme.

IV. Therapeutische Notizen.

Erfahrungen mit Protylin hat Dr. G. Bartsch (Leopoldau) gesammelt, und zwar sehr zufriedenstellende, so daß er zu folgendem Resumé kommt: „Das Protylin ist ein phosphorhaltiges Nährsalz neurotonischer Natur, das völlig ungiftig, leicht verdaulich, gut resorbierbar und assimilierbar ist. Selbst bei längerer Anwendung habe ich in keinem Falle einen Widerwillen gegen das Präparat oder gar eine schädigende Wirkung desselben beobachten können. Protylin wird selbst von den empfindlichsten Patienten gerne genommen, Reizerscheinungen von seiten des Magendarmtraktes habe ich nicht wahrgenommen; der Appetit wird stets gehoben, desgleichen erfolgt in den meisten Fällen eine recht nennenswerte Zunahme des Körpergewichtes. Protylin ist in allen jenen Fällen indiziert, wo es sich um Zufuhr von Phosphor handelt, wie: Anämie, Hysterie, Neurasthenie, Skrofulose, bei verschiedenen Knochenerkrankungen (Rachitis, Karies, Osteomalacie) und schließlich bei Strumen und Basedowscher Krankheit."

(Pharmakolog. und therap. Rundschau. 1905. No. 4.)

Die Behandlung der Diphtherie mit Myrtentinktur empfiehlt von neuem Dr. Ströll (München). Derselbe hat schon 1897 über diese Methode und deren Erfolge (80 Fälle mit nur 1 Todesfall) berichtet. Er gab damals 2%ige Lösung, bei der aber manche Nachkrankheiten der Diphtherie sich zeigten. Solche blieben seit 1897 fast immer aus, wo er anfing 4%ige Lösung zu verordnen (60 Fälle mit 2 Todesfällen).

Rp. Tct. myrrh.
Glycerin. āā 8,0
Aqu. dest. ad 200,0.

Davon läßt er Tag und Nacht eingeben, bei Tage einstündlich (in schweren Fällen ½stündlich) bei Nacht 2stündlich (in schweren Fällen einstündlich) bei Kindern in den ersten zwei Jahren 1 Kaffeelöffel (5,0), dann bis zum 16. Jahre 1 Kinderlöffel (10,0), von da ab 1 Eßlöffel (15,0); bei Eintritt deutlicher Besserung größere Pausen. Lokal unterstützende Behandlung: Inhalationen von 0,1%iger Thymollösung einstündlich am Tage, bei Kehlkopfdiphtherie auch nachts.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1904. No. 46.)

Metaphenylendiamin als Antidiarrhoicum benutzte mit Erfolg Dr. B. Boye (Städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg). Ein chemisch reines Präparat (Metaphenylendiamin hydrochloric.) wird jetzt von Merck unter dem Namen „Lentin" in den Handel gebracht. Säuglinge und kleine Kinder erhielten 3 mal täglich 0,01 g, Erwachsene 3 mal täglich 0,1 g, die dazwischenliegenden Altersstufen die entsprechenden Dosen. Das Mittel bewährt sich bei akuten Gastroenteritiden und sonstigen akuten Durchfällen recht gut, wie die Versuche bei 30 Kindern ergaben. (Zentralblatt f. innere Medizin. 1905. No. 4.)

Zur Behandlung des Keuchhustens hat Hofrat Dr. Stepp (Nürnberg) schon einmal Fluoroform empfohlen. Nachdem er seitdem wieder eine Anzahl von Fällen damit behandelt, wiederholt er die Empfehlung des Mittels, das eine ganz vorzügliche Wirkung ausübt, aufs wärmste. Schon am 1. oder 2. Tage ist der Effekt

der Behandlung zu beobachten, die auf Zahl und Intensität der Anfälle den günstigsten Einfluß ausübt und die Krankheit dann bedeutend abkürzt. Das Mittel ist ganz unschädlich und kann selbst zartesten Kindern gegeben und in schwersten, komplizierten Fällen angewandt werden. Benutzt wird die 2—2½ %ige Lösung, welche geschmack- und geruchlos ist. Man gibt selbst kleinsten Kindern stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, älteren bis 1 Eßlöffel. Der einzige Nachteil ist der Preis des Mittels (die 3—4 wöchentliche Ordination kostet 20—30 Mk.), der aber nicht abhalten darf, dasselbe in der angegebenen Dosis zu verabfolgen, da sonst der Kurerfolg in Frage gestellt wird.

(Therap. Monatshefte. November 1904.)

Ein neues Instrument zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase gibt Dr. E. Braun (Hollenstedt) an. Es handelt sich meist um rundliche Körper (Erbsen, Bohnen, Kerne, Steinchen u. dergl.), bei deren Entfernung die Situation der künstlichen Entfernung des kindlichen Kopfes in partu entspricht: Herausbeförderung eines runden Körpers aus einem weichen und relativ engen Kanal. B. konstruierte also ein der Geburtszange analoges Instrument.[1]) Die Einführung des zuerst einzulegenden linken Löffels geschieht von obenher mit Drehung nach vorn und unten. Sobald dieser Löffel liegt, ist ein Zurückweichen des Fremdkörpers nach hinten unmöglich. Es gelingt sogar oft, mit diesem Löffel allein den Fremdkörper herauszuhebeln. Ist letzterer aber zu fest eingeklemmt, dann führt man auch den rechten Löffel ein, die Zunge wird geschlossen, der Fremdkörper extrahiert (von Öl kann man ausgiebigen Gebrauch machen). Die Zange hat sich in der Praxis bestens bewährt.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1904. No. 22.)

Phytin hat Dr. J. Loewenheim (Berlin) mit bestem Erfolge bei rachitischen Kindern angewandt. Auch bei blutarmen und schwächlichen Pat. hat sich das Präparat vorzüglich bewährt, ebenso wie es bei Tuberkulose zur Hebung der Kräfte sich als recht wertvolles Hilfsmittel erwies.

(Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 47.)

Ein neues Saugstopfenmodell („Vulkansauger") hat die Gummiwarenfabrik „Vulkan" (Leipzig-Lindenau) angefertigt, folgend eine Anregung von Prof. Dr. A. Schmidt (Dresden). Dieser war bestrebt, das Flaschensaugen, was die mechanische Seite anbelangt, durch einen geeigneten Sauger, dem Brustsauger möglichst analog zu machen. Der „Vulkansauger" besitzt z. B. eine sehr einfache Vorrichtung, die es gestattet, die Schnelligkeit des Milchaustrittes dadurch zu regulieren, daß man den Sauger verschieden weit über den Flaschenhals umstülpt. Auch sonst hat dieser Sauger Vorzüge.

(Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 48.)

Einen Mandelquetscher hat Arth. Hartmann (Berlin) im medizinischen Warenhause anfertigen lassen. Er besteht aus einer an einem Stiele befestigten Metallkugel. H. hat ihn seit einem Jahr fast täglich in Gebrauch und ist erstaunt, wie oft sich aus dem Mandeln etwas ausquetschen läßt, bald eitrig-seröse Flüssigkeit, bald käsige, krümelige Massen, die sogenannten Mandelpfröpfe. Bei üblem Geruch aus den Munde, bei allen Halsbeschwerden, bei Gefühl von Fremdkörpern, von Kratzen, von Schmerzen im Halse, bei Verschleimung sollten bei der Erforschung des Herdes die Mandeln nicht unberücksichtigt bleiben, und sollte ihr Inhalt durch Ausquetschen festgestellt werden. Die Mandeln selbst zeigen bei der Pfropfbildung nicht selten gar keine Vergrößerung und keinerlei entzündliche Erscheinungen. Die Pfröpfe entwickeln sich nach Mandelentzündungen und disponieren zum Auftreten von Entzündung durch ihr Bestehen bezw. durch von ihnen ausgehende Reizung. Man findet ferner besonders die jugendlichen Pfropfträger von blassem Aussehen, schwächlicher Konstitution mit Neigung zu Katarrhen. H. hält es für sehr wahrscheinlich, daß durch Toxinbildung in den Pfröpfen und Aufnahme von Toxinen in den Körper ein ungünstiger Einfluß auf den Gesundheitszustand ausgeübt wird. Außerdem dürfen wir annehmen, daß gerade die in entzündlichem Zustande befindlichen Mandeln die Eingangspforte für die verschiedensten Infektionskrankheiten bilden. Die Ansammlung käsiger Massen kann auch zu heftiger Entzündung und Geschwürsbildung auf der Ober-

---

[1]) Aktiengesellschaft für Feinmechanik in Tuttlingen.



fläche der Mandel Veranlassung geben, welcher Prozeß erst nach wiederholtem Ausquetschen der Mandel rasch zur Heilung gelangt. Eine Pat. litt seit 1/2 Jahr an Ohrenschmerzen, die allen Mitteln widerstanden; beim Ausquetschen der Mandeln entleerten sich käsige Massen und serös-eitrige Flüssigkeit, und seitdem sind die Ohrenschmerzen verschwunden. Kleine Ansammlungen im unteren Teile der Mandeln können so heftige Schmerzen verursachen, daß das Schlingen erschwert wird. Das Ausquetschen findet hauptsächlich statt durch Druck auf den vorderen Gaumenbogen, besonders auf die obere Umbiegungsstelle, da sich gerade im oberen Teile der Mandeln am häufigsten Flüssigkeitsansammlung und Pfropfbildung findet; außer von der Vorderfläche aus kann auch von der Medianfläche, von unten, oben, hinten der Druck ausgeübt werden. Ein Abgleiten des Instruments ist nicht schlimm, auch kleine Blutextravasate, die beim Drücken eventuell entstehen, sind ohne Bedeutung. (Medizin. Klinik. 10. Dezember 1904.)

Xeroformstreupulver (Xeroform 1 : Talc. venet. 9) empfiehlt Dr. E. Toff (Braila) wiederum als ideales Streupulver für Kinder, nicht nur zu prophylaktischer Verwendung, sondern auch zu Heilzwecken bei bereits entwickelten Hautentzündungen. Xeroform ist ein vorzügliches Antiseptikum, Trockenmittel und Analgetikum (juckstillend!) und dürfte in keiner Kinderstube fehlen.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1905. No. 1.)

Wasserstoffsuperoxyd-Merck (Perhydrol) bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen benutzte H. Walther (Gießen) in drei Fällen und war mit dem Erfolg sehr zufrieden. Er spritzte mittels einer Glasspritze mehrere Kubikzentimeter einer 3%igen Lösung (1 + 9 Aq. dest.) in die Vagina. Unter lebhafter Schaumentwickelung trat Reinigung ein, und nach einigen Sitzungen Heilung.

(Medizin. Klinik. 20. Dezember 1904.)

Einen Turbanverband für die Anwendung von stark wirkenden, schmutzenden, undurchlässigen oder scharf zu begrenzenden Verbänden gibt Dr. O. Philip (Hamburg, Unnas dermatolog. Poliklinik) an. Ein rechteckiges Stück Billrothbattist, ca. 20 cm breit und dem Umfange des Kopfes entsprechend lang, wird um den Kopf gelegt und an den Enden mit einer Stecknadel provisorisch zusammengeheftet. Über seinen dem Kopf anliegenden Rand wird nun ein 5 cm breiter Leukoplaststreifen geführt, derart, daß das Pflaster zur Hälfte auf dem Kopf klebt (vorn auf der Stirn, hinten auf dem kurzgeschnittenen Haar). Über den Ohren wird der Pflasterstreifen in seiner halben Breite eingeschnitten, damit die Ohrmuschel frei heraussteht. Der Battist wird nun oben zusammengefaßt und mit einer Sicherheitsnadel zusammengefügt, nachdem man Salbe usw. und ein großes Stück Watte hineingebracht hat. Unter diesem Verband hat P. wochenlang bei einem 5jährigen Kinde Chrysarobin anwenden können, ohne daß eine Augenreizung eintrat. Durch Lösen der Sicherheitsnadel kann man jederzeit im Augenblick die behandelte Kopfhaut kontrollieren und nachbehandeln. Der Verband hält 8—14 Tage; er eignet sich auch für ausgedehnte Kopfverletzungen, ist billig, schnell und bequem anzulegen und festsitzend.

(Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 2.)

Fukol als Lebertranersatz lobt sehr Dr. Müller (Krautheim). Das von den Deutschen Fukol-Werken in Bremen aus jodhaltigen Algenarten des Meeres hergestellte Präparat, in dem also Jod in einer chemischen Verbindung vorhanden ist, wie sie derjenigen im natürlichen Lebertran entspricht, wurde stets pur gegeben, gern genommen und ohne jede üble Nebenwirkung anstandslos toleriert. Es hob den Appetit zusehends, besserte das Allgemeinbefinden, hob das Körpergewicht und übte auf alle skrofulösen Erscheinungen günstigen Einfluß aus.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1905. No. 7.)

Extract. Chinae Nanning hat Dr. Ed. Hönigschmied (Budweis) mit bestem Erfolge bei den verschiedensten Krankheitszuständen, wie Skrofulose, Dyspepsie, Chlorose, Tuberkulose, Lues, nach Blutverlusten, Typhus, Malaria usw. angewandt. Das Präparat regt mächtig den Appetit an, regelt die Verdauung, hebt die Kachexie, und hat dabei vor den üblichen Chinapräparaten viele Vorzüge voraus. Genommen wird es von den Pat. sehr gern. (Die Heilkunde. 1904. No. 11.)

V. Neue Bücher.

Dr. R. Hecker und Dr. J. Trumpp, Privatdozenten an der Universität München. **Altas und Grundriß der Kinderheilkunde.** J. F. Lehmanns Verlag. München 1905. Preis: geb. Mk. 16.

Wenn einerseits die Diagnostik der Kinderkrankheiten in den ersten Jahren durch den Mangel an Mitteilungsvermögen erschwert erscheint, so wird sie andererseits erleichtert durch das Fehlen der Beherrschungsmöglichkeit, wodurch zahlreiche Symptome klarer, präziser und konstanter zur Beobachtung gelangen. Beide Momente weisen daraufhin, objektiven Symptomen die denkbar größte Beachtung zu schenken, und in jedem Lehrbuch der Kinderkrankheiten findet man die Eigentümlichkeit der Krankheitserscheinungen im Kindesalter genau spezifiziert. Der bildlichen Darstellung der Kinderkrankheiten ist aber, soviel Ref. die Literatur überblickt, keine besondere Beachtung geschenkt worden; die meisten großen Lehrbücher wie Biedert, Gerhardt, Heubner bringen gar keine, das jüngsthin erschienene Kompendium von Frühwald — durch die engen Raumverhältnisse beschränkt — bloß einzelne Abbildungen, die aber auch hier viel zum Verständnis des Textes beitragen.

Dieser dankenswerten Arbeit haben sich Hecker und Trumpp in dem vor kurzem im Verlage Lehmanns erschienenen Atlas und Grundriß der Kinderheilkunde unterzogen und haben die beiden Autoren die Aufgabe in einer ausgezeichneten Art und Weise gelöst. Es ist ein wahres Vergnügen in dem Buche zu blättern, woselbst in 48 farbigen Tafeln und 144 schwarzen Abbildungen die wichtigsten Kinderkrankheiten und die zahlreichen Untersuchungsarten bildlich dargestellt sind. Man weiß, daß so ein Bild klarer wirkt, als seitenlange Beschreibuugen, und die einzelnen dargestellten Handgriffe sind für den jungen Arzt desto wichtiger, je mehr man sich auch die von den Autoren hervorgehobene Tatsache vor Augen hält, daß bei aller Wichtigkeit der Kinderheilkunde bei dem klinischen Unterrichte nicht die entsprechende Beachtung geschenkt wird.

Wohl aus Bescheidenheit haben die Autoren gemeint, das Buch sei bloß für Studenten und junge Praktiker bestimmt, auch der ältere Arzt findet vieles Wissenswerte und Anregende darin, wenn man speziell die ausgezeichneten Reproduktionen mikroskopischer Präparate berücksichtigt.

Wir wollen bloß z. B. die auf Tafel 9 und Fig. 49 abgebildete Knochenveränderung bei Barlow, und auf Tafel 7 und 8 bei Rachitis, oder die auf Tafel 13 dargestellten syphilitischen Veränderungen in der Niere hervorheben, woselbst nach eines Autors (Hecker) schönen Untersuchungen kleinzellige Wucherungen um die kleinen Rinden und teilweise auch Markgefäße selbst bei faultoten Früchten und bei fehlenden sonstigen Erscheinungen von hereditärer Lues vorkommen sollen.

Den Abbildungen ebenbürtig reiht sich der Text an, auch hier finden alle Ärzte vieles Interessante und Wissenswerte. — Abgesehen davon, daß der neueste wissenschaftliche Standpunkt überall gewahrt wird, ist die genau durchgeführte Differentialdiagnose (speziell z. B. bei Rachitis, Meningitis usf.) von besonderer Wichtigkeit und dürfte allen sehr willkommen sein.

Wenn wir zum Schlusse noch einen Wunsch äußern dürften, so ist es der, bei der wahrscheinlich bald folgenden zweiten Auflage eine kurze Darstellung der Ohrenerkrankungen (Trommelfellbilder bei Otitis media, Myringitis, eventuell die Handgriffe bei Parazentese) dargestellt zu sehen, Dinge, die für dem praktischen Arzte von hoher Wichtigkeit sind. Auch eine Abbildung von Retropharyngealabszeß würde willkommen sein.

Schon aus diesen kurzen Andeutungen ist zu entnehmen, welch hohes Interesse alle Ärzte diesem Buche zuwenden sollen, und wir wollen bloß diesem Werke das wünschen, was es verdient — gerechte Würdigung — was allerdings hier gleichbedeutend ist mit dem Wunsche eines vollen und verdienten Erfolges.

Gabel (Lemberg).

Henri de Rothschild. **Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson etc.** Bd. 2. Paris. Doin. 720 S.

Der zweite Band des R.schen Buches bringt die Erkrankungen der Nase, des Kehlkopfes, der Ohren, Augen, der Haut, der Respirationsorgane, des Herzens, der Leber und der Milz und des Peritoneums. Die Abschnitte sind leider nicht ganz gleichmäßig behandelt, besonders nehmen die Erkrankungen der Augen einen zu großen Raum ein, während andererseits die Erkrankungen des

Herzens etwas breiter hätten behandelt werden können. Auch dieser Band enthält wieder sehr gute Abbildungen, vielleicht dürfte es sich bei einer späteren Auflage empfehlen, die Abbildung der Hautkrankheiten koloriert zu geben.

Schreiber (Göttingen).

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

W. Birth, Zur Ätiologie der Spina bifida (Halle a. S.) — **A. Dickel**, Ein Fall von Zwergwuchs (München). — **Th. Flügge**, Beitrag zur Mißbildung des Ductus deferens, der Vesicula seminalis und des Ductus ejaculatorius (Göttingen). — **F. Goedecke**, Ein Fall von Brust-Bauchspalte bei einem 8 monatlichen Kinde (Bonn). — **M. Götzl**, Hängt der Abfall des Nabelschnurrestes mit der Gewichtszunahme des Kindes zusammen? (München). — **C. H. Th. Hahn**, Über einen Fall von ausgedehnten amniotischen Verwachsungen (Leipzig). — **A. Heckel**, Statistisches und Klinisches über die Skarlatina, mit besonderer Berücksichtigung des erwachsenen Lebensalters (München). — **Th. Höpfner**, Über einen Fall von Wangenspalte und Mißbildung des Ohrs (Marburg). — **K. H. Lentzsch**, Ein Fall von Thorakopagus (Leipzig). — **V. P. Odinzow**, Die Vaskularisation der Herzklappen im Kindesalter (München). — **H. Ruf**, Untersuchungen über das Verhalten der solitären und agminierten Darmfollikel des Kindes bei Enteritis und akuten Infektionskrankheiten (Freiburg). — **Ant. Schönen**, Über die familiäre zerebellare Ataxie, mit 2 Krankheitsfällen (Gießen). — **F. Söldner**, Mißbildungen der Vorhofsscheidewand des Herzens (München). — **P. Tebrich**, Zur Kasuistik des halbseitigen Riesenwuchses (Leipzig). — **J. Wallerstein**, Über die Fistula urethrae penis congenita vera (Straßburg). — **Ed. Zunker**, Über einen Fall von Mißgeburt (Göttingen).

VI. Monats-Chronik.

Sonntag, den 30. April 1905 findet zu Wiesbaden eine gemeinsame Sitzung der **Vereinigungen Niederrheinisch-westfälischer und Südwestdeutscher Kinderärzte statt.** Da von verschiedenen Seiten der Wunsch nach allgemeiner Beteiligung laut geworden ist, so ergeht hiermit die Einladung an sämtliche Mitglieder der Gesellschaft für Kinderheilkunde, sowie an alle Kinderärzte zum Besuche dieser Versammlung.

Anmeldungen hierzu, sowie von Vorträgen, Demonstrationen u. a. nimmt Dr. Lugenbühl, Schützenhofstraße 9 entgegen.

Dr. Selter, Solingen, Vorsitzender der Vereinigung Niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

Dr. Cahen-Brach, Frankfurt a. M., Schriftführer der Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte.

Der Ortsausschuß:
Geh. Sanitätsrat Dr. Emil Pfeiffer, Vorsitzender,
Ständiger Sekretär der Gesellschaft für Kinderheilkunde.
Dr. Lugenbühl, Schriftführer.

Der 22. **Kongreß für innere Medizin** findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: **Über Vererbung.** 1. Referat: Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Über Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen; Herr P. Krause (Breslau): Über Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes;

Herr M. Matthes (Jena): Über Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Über die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane.

Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.

Dr. E. Grätzers **Vademecum für die Kinderpraxis** (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig) liegt jetzt auch in englischer Übersetzung vor; der bekannte New Yorker Kinderarzt Dr. Herman B. Sheffield hat das Buch unter dem Titel „Practical Pediatrics“ ins Englische übertragen.

Düsseldorf. Es hat die städtische Verwaltung angesichts des großen Mißverhältnisses in der Säuglingssterblichkeit zwischen ehelichen und unehelichen Kindern (17 bezw. 40%) in den nächstjährigen Armenetat zum ersten Male Mittel für einen besonderen Kinderarzt eingestellt, der die von der Stadt in öffentliche Pflege gegebenen Ziehkinder beaufsichtigen soll.

Berlin. Von hier aus ergeht der Aufruf zum Beitritt zu einem Bund für Mutterschutz. Dieser Bund will Heimstätten schaffen, in welchen alle gesunden und arbeitswilligen unehelichen Mütter willkommen sind, die den ernstlichen Wunsch haben, ihre Kinder zu gesunden und nützlichen Menschen selbst zu erziehen. Tunlichst auf dem Lande oder in ländlichen Vororten der Städte sollen sie in gärtnerischer Bodenbearbeitung, in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben oder in gesundheitlich einwandsfreier gewerblicher Tätigkeit wirtschaftliche Selbständigkeit gewinnen, unter gleichzeitiger Fürsorge für eine zweckmäßige Pflege und Erziehung der Kinder, Gewährung von Rechtsschutz und ärztlicher Hilfeleistung. Hand in Hand mit diesen Maßnahmen sollen ein umfassender gesetzlicher Mutterschutz, eine allgemeine Niederkunftsversicherung u. ä. Ziele in Angriff genommen werden. Auf diese Weise hofft man der hohen Sterblichkeit unter den unehelich geborenen Kindern zu steuern und so ein meist kräftiges Menschenmaterial, das jetzt durch Verwahrlosung zugrunde geht, zu erhalten. Unter den zahlreichen Unterschriften des Aufrufs finden sich auch die Namen vieler Ärzte, wir nennen Erb, Eulenburg, Flechsig, Forel, Hegar, Neisser, Oppenheimer usw. Als Geschäftsstelle zeichnet Dr. Max Marcuse, Berlin W., Leipzigerstr. 42.

Breslau. Das aus dem Legat des Bonner Professors Baron errichtete vegetarische Kinderheim ist jetzt eröffnet worden. Bekanntlich war das Legat ursprünglich Berlin zugedacht, von diesem aber abgelehnt worden. Die Stadt Breslau hat sich sodann zur Annahme bereit erklärt, nachdem Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Flügge die Bedenken gegen die vegetarische Ernährung wiederlegt und darauf hingewiesen hatte, daß die geringe Menge Fleisch, die die ärmere Bevölkerung genieße, an Nährwert durch Milch und Eierspeisen nicht nur ersetzt, sondern sogar leicht überboten werden könne.

Wien. Am 8. Januar hat die Eröffnung der „Säuglingsschutzstelle“ stattgefunden. Die Leitung der Anstalt liegt in den Händen von Dr. Sperk, bisherigem Assistenten der Escherichschen Kinderklinik.

Dortmund. Der Märkische Volksheilstättenverein hat in seiner Heilstätte Ambrock bei Hagen eine Abteilung für lungenkranke Kinder eingerichtet. Es werden darin lungenkranke, unter 14 Jahre alte Knaben und Mädchen während der Wintermonate gegen einen Pflegesatz von täglich 2,75 Mk. aufgenommen.

VII. Personalien.

Zu Professoren ernannt die Privatdozenten Dr. **Raudnitz** und Dr. **Fischl** in Prag.

Gestorben unser geschätzter Mitarbeiter Dr. **Carl Berliner** in Aachen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



L. & H. Vial & Uhlmann
Chem. pharmaceut. Laboratorium
Frankfurt a/Main
erhältlich in allen Apotheken
Vial's tonischer Wein
aus Fleischsaft, Königs-Chinarinde, Kalk - Lactophosphat, den wichtigsten Nährstoffen der Muskelsubstanz, der Nerven und des Knochensystems.
Aussergewöhnlich appetitanregend!
Bestes Kräftigungs- u. Stärkungsmittel
bei Reconvalescenten, schwächlichen Kindern, Bleichsüchtigen, Neurasthenikern, stillenden Frauen und Magenleidenden.
Litteratur und Proben zu Diensten.



Dr. Chr. Brunnengräbers
Malz-Extrakt
in Crystallform
Professor E. Stadelmann schreibt:
„Ein Esslöffel voll besitzt den Wert eines Eies“
Anwendung bei Unterernährung,
Anämie, Rachitis, Ikterus. Ersatz für Fette.
Niederlagen in sämtlichen Apotheken . . .
Proben und Literatur gratis und franko von
Dr. Chr. Brunnengräber, Rostock i. M.
Dr Chr. Brunnengräbers
MALZEXTRACT
in Crystallform
Waarenzeichen eingetragen
Chemische Fabrik

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. April 1905. No. 4.

I. Originalbeiträge.

Aus der Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ zu Halle a. S.

Beitrag zur Behandlung der anämischen Form der Rachitis.

Von

Dr. med. A. **Klautsch**, dirig. Arzt der Anstalt.

Eine der wichtigsten Komplikationen jedes nur einigermaßen ausgesprochenen Falles von Rachitis ist die Anämie; diese Komplikation ist so häufig, ja geradezu so typisch, daß man kaum mehr von einem zufälligen Zusammentreffen reden kann. Es war daher sehr naheliegend, beide Affektionen auf das gleiche ätiologische Moment zurückzuführen, nämlich auf eine mangelhafte Zusammensetzung der dem Kinde verabreichten Nahrung. Und in der Tat brachten Bunges Untersuchungen die Erklärung dafür, warum der scheinbar noch so rationell ernährte und hygienisch noch so einwandsfrei aufgezogene Säugling nicht nur an der Mutterbrust, sondern ganz besonders bei künstlicher Ernährung, mit Kuhmilch allein, anämisch werden muß, weil nämlich der Eisengehalt der Milch nicht hinreichend ist für seinen Bedarf. Obwohl die Milch dem in der Milchdrüse zirkulierenden Blute entstammt, so nimmt sie doch so gut wie gar kein Eisen daraus in sich auf; die Milch steht hinsichtlich ihres Eisengehaltes am weitesten unter den für die ersten Kinderjahre in Betracht kommenden Nahrungsmitteln, wie Ei, Mehl, Fleisch, Früchte, Gemüse usw. zurück. Den Fehlbetrag deckt nun zwar der Säugling aus einem Eisenvorrat, der ihm in der Leber von Natur aus mitgegeben worden ist. Dieser Vorrat reicht indessen nur bis zu einer gewissen Zeit hin, wo dann normalerweise das Verabreichen eisenhaltigerer Nahrung einsetzen sollte. Wenn nun auch dieser Termin für den menschlichen Säugling noch nicht bekannt ist, so empfiehlt es sich doch, im zweiten Lebenshalbjahre, zu welcher Zeit die Anämie ja auch meist schon manifest wird, für Abhilfe des Eisenmangels Sorge zu tragen.

Dies erreicht man ja nun einmal durch eine der kausalen Indikation entsprechende Änderung der bisherigen Ernährungsweise, durch Verabreichen eisenhaltiger Nahrungsmittel. Man beginnt zunächst vorsichtig eine Bei- bezw. Nebenkost zur Milchnahrung zu reichen, wozu sich für den Anfang sehr gut Zwieback in kleinen Mengen entweder aufgebrüht mit Milch oder mit Fleischbrühe als

Zwiebackssuppe, auch Breie von Gries usw., Mondamin, Maizena und Pudding mit Gelatine eignen. Es empfiehlt sich ganz besonders für diese Zwecke die Verwendung des bekannten Opelschen Nährzwiebackes, eines rationellen Gebäcks, welches mit großer Sorgfalt und Exaktheit aus Weizenmehl, kondensierter Schweizermilch, Nährsalzen und Malzhefe hergestellt ist und gut durchgebacken, Stärkemehl und Dextrin in einer leicht löslichen und assimilierbaren Form enthält und eine geeignete und den Kindern willkommene Nahrung darstellt.

Allmählich geht man dann über zu Ei; besonders vorteilhaft ist das Gelbe eines pflaumenweich gekochten Eies mit etwas Salz. Sehr zweckmäßig erweisen sich auch Fruchtsäfte, Apfelmus und gekochte Gemüse, durch das Sieb geschlagene Gelbrüben, Spinat, Blumenkohl, Rapunzen, zuweilen etwas Kartoffelmus mit Milch zubereitet. Schließlich mit fortschreitendem Alter und wenn der Zustand der kindlichen Verdauungsorgane dies gestattet, empfehlen sich dann die leichteren Fleischsorten Kalbsmilch, Kalbfleisch, Fleisch von Huhn, Taube, die allerdings gut gekocht und fein gewiegt sein müssen. Eine geordnete Hautpflege in Verbindung mit täglichen Bädern, sowie täglicher und reichlicher Genuß frischer Luft sind dabei von vorzüglich unterstützender Wirkung.

Wenn nun auch mit diesen hygienisch diätetischen Maßnahmen allein meist schon überraschend günstige Resultate erreicht werden, so dürfte doch in vielen Fällen noch eine Erhöhung des Eisengehaltes der Nahrungsmittel nützlich wenn nicht gar notwendig sein durch eine gleichzeitige medikamentöse Behandlung, um direkt eine Regeneration des Blutes, eine Vermehrung seiner zelligen Elemente, eine reichere Versorgung derselben mit Hämoglobin anzustreben.

Allerdings ist die bisher vielfach erörterte Eisenfrage noch immer nicht zu einem befriegenden Abschluß gebracht worden, und es gehen die Anschauungen über die Art der Wirkung des Eisens für den Organismus noch vielfach auseinander; trotzdem aber ergibt die klinische Erfahrung zur Genüge, daß mit der üblichen Eisentherapie, vorausgesetzt, daß das Eisen, in geeigneter Form angewendet, gut vertragen wird, d. h. die Magen- und Darmfunktionen nicht beeinträchtigt, sich in der Mehrzahl der Fälle doch die besten und sichersten Erfolge erzielen lassen. Der Grund mancher mangelhaften und unsicheren Heilerfolge liegt eben auch oftmals in der unrichtigen Auswahl des Arzneimittels. Aber gerade bei der übergroßen Zahl der verschiedenartigsten Eisenpräparate ist es auch nicht gerade leicht, das richtige auszuwählen.

Zu einer erfolgreichen Behandlung der Anämie können nur Eisenpräparate Verwendung finden, welche resorbierbar sind. Resorbierbar jedoch und assimilierbar sind im großen und ganzen nur organische Eisenpräparate, die in ihren Eigenschaften dem Nahrungseisen am nächsten stehen, und nur diese werden, wie vielfache Untersuchungen ergeben haben, vom Organismus zur Neubildung von Hämoglobin verwendet, während die anorganischen nicht nur den physiologischen Resorptions- und Assimilationsbedingungen nicht entsprechen, sondern obendrein einen ungünstigen, ja sogar direkt schädigenden Einfluß auf den Verdauungstraktus ausüben.

In die Kategorie der organischen Eisenpräparate gehört auch die im Jahre 1892 von Schmiedeberg und Marfori dargestellte und unter dem Namen „Ferratin" in den Arzneischatz eingeführte Ferroalbuminsäure, eine eigenartige Eisen-Eiweißverbindung, in welcher das Eisen an Eiweißkörper mit dem Charakter von Säuren nicht salzartig, sondern sozusagen organisch gebunden ist. Dieses künstlich dargestellte Ferratin ist vollkommen identisch mit einer Eisenverbindung, die sich im Organismus unter physiologischen Bedingungen aus allen pflanzlichen und tierischen Nahrungsmitteln bildet und als Reservesubstanz für die Zwecke der Blutbildung zum größten Teil in der Leber deponiert bleibt. Werden Tiere mit einer eisenfreien Nahrung ernährt, so verschwindet aus deren Leber wieder das Ferratin. Aus dieser einwandsfrei nachgewiesenen Tatsache folgt, daß die Leber als das Aufspeicherungsorgan für das Eisen zu gelten hat, welche dasselbe nach Bedürfnis an die Muskeln und die andern Gewebe abgibt. Das Ferratin ist daher auch als diejenige Eisenverbindung aufzufassen, deren der Organismus bedarf, um nicht infolge mangelnder Eisenaufnahme allmählich der Blutarmut anheimzufallen. Die Fabrikation des künstlichen Ferratin im großen geschieht in der chemischen Fabrik C. F. Böhringer & Söhne in Waldhof bei Mannheim.

Das Ferratin stellt ein rotbraunes Pulver dar, welches vollkommen geruch- und geschmacklos ist und 7 % Eisen enthält. Es wird aus reinstem Hühnereiweiß und chemisch reinen Eisensalzen in Gegenwart von Alkalien gewonnen. Wie vielfache Versuche ergeben haben, wird das Ferratin vom Verdauungstraktus außerordentlich leicht und in überraschend großen Mengen resorbiert. Das Ferratin ist zudem vollkommen neutral und absolut unschädlich und wirkt, was besonders hervorgehoben zu werden verdient, nicht ätzend auf die Schleimhäute, weil in ihm das Eisen derartig an Eiweißstoffe gebunden ist, daß es mit diesen zusammen reizlos die Epithelialschicht des Darmes passieren kann, ohne an ihr wie das Eisen der Salze haften zu bleiben und die Veränderungen hervorzurufen, welche man als Ätzung bezeichnet. Es verhält sich dem Organismus gegenüber einfach wie ein gewöhnliches aber sehr eisenreiches Nahrungsmittel und kann daher einerseits zur Verstärkung des Eisengehaltes der Nahrungsmittel, andererseits als Arzneimittel gegen die Folgen von asiderotischen Ernährungszuständen dienen.

An Stelle des pulverförmigen trockenen Ferratins ist in der jüngsten Zeit noch ein Präparat „Ferratose" (Liquor ferratini) genannt, hergestellt worden, welches in flüssiger Form dieselben Eigenschaften besitzt, wie das zuerst dargestellte Ferratin und ebenfalls dauernd haltbar ist. Diese Ferratose ist eine klare, dunkelbraune, etwas ölige Flüssigkeit von süßlichem, angenehm aromatischem Geschmack und enthält außer dem in destilliertem Wasser gelösten Ferratin mit unveränderter arzneilicher Eigenschaft 20 % Glyzerin, 17,5 % Weingeist und 0,5 % Maraschinoessenz.

Angeregt durch die günstigen Resultate, welche eine große Anzahl Kliniker und Ärzte mit „Ferratin" und „Ferratose" erzielt hatten, habe ich im vergangenen Jahre an einer Reihe geeigneter Kinder, wie

sie mir in dem hiesigen St. Elisabeth-Kinderheim zur Verfügung standen, mit diesen Präparaten ebenfalls Versuche anzustellen und mir ein eigenes Urteil über ihre Verwendbarkeit zur Bekämpfung der Anämie der ersten Kinderjahre zu bilden Veranlassung genommen. Im ganzen waren es 16 Kinder der verschiedensten Altersstufen, in der Mehrzahl jedoch Kinder im Alter von 1—3 Jahren, bei denen Ferratin bezw. Ferratose zur Anwendung gelangte.

Da es den Rahmen dieser lediglich für den Praktiker bestimmten Mitteilung zu sehr überschreiten würde, wollte ich sämtliche Fälle anführen, so möge nur das Gesamtergebnis dieser Versuche in zusammenfassender Kürze an dieser Stelle mitgeteilt sein. Von den mit dem Präparat behandelten Kindern litten an Anämie im Gefolge der Rachitis sieben, fünf waren zarte, in ihrer ganzen Entwicklung zurückgebliebene, allgemein anämische, und vier befanden sich in der Rekonvaleszenz nach schweren Erkrankungen: Pneumonia crouposa, Scarlatina, Morbillen und Pertussis. Was zunächst die den Kindern verabreichten Mengen anlangt, so erhielten die jüngeren unverdünnt zweimal, die älteren dreimal täglich einen Tee- bezw. Kaffeelöffel voll Ferratose $^1/_2$ Stunde nach den Mahlzeiten, während für die Säuglinge dasselbe direkt der Milch zugesetzt wurde.

Von sämtlichen Kindern, sogar den beiden Säuglingen, wurde nun das Ferratin gern genommen und ausnahmslos gut und zwar dauernd gut vertragen; selbst bei mehrwöchentlichem Gebrauch trat niemals eine Störung der Verdauung, wie Nachlaß der Eßlust, Erbrechen usw. ein, die zu einem Aussetzen der Medikation Veranlassung gegeben hätte. Im Gegenteil erfuhr der Appetit eine entschieden günstige Beeinflussung und Hand in Hand damit ging eine stetige Zunahme des Körpergewichtes, das allgemeine anämische Aussehen besserte sich sichtbar, die Kinder bekamen eine bessere frischere Farbe ihrer Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Vor allen Dingen erholten sich die Kinder überaus schnell nach ihren Infektionskrankheiten.

Das Präparat erwies sich also tatsächlich auch in unsern Fällen nicht nur als ein gutes Kräftigungsmittel, sondern auch als ein überaus nützliches und wirksames Arzneimittel, als ein wirkliches Blutbildungsmittel. Ich kann daher getrost die Behauptung vertreten, daß Ferratin sowohl wie seine flüssige Form die Ferratose in der medikamentösen Behandlung auch der so überaus häufigen anämischen Zustände im Kindesalter als Anregungsmittel für die Besserung der Blutbeschaffenheit mit Vorteil verwendet werden können. Der Preis der Ferratose beträgt beiläufig erwähnt für die 250 ccm enthaltende Flasche nur 2,50 Mk.

II. Referate.

J. Smolenski, Über den therapeutischen Wert der Glycerophosphatverbindungen bei Kindern. (Medycyna. 1904. No. 35, 36, 37.) Die Einführung der Glyzerophosphatverbindungen, sowie auch des verwandten Lecithins in die Therapie datiert seit den dies-

bezüglichen Arbeiten Robins, welcher durch die Darreichung obiger Verbindungen eine erhebliche Steigerung des Stoffwechsels konstatiert hat.

Verf. wendete bei 30 Kindern, davon bei 19 Säuglingen, welche an chronischen Stoffwechselerkrankungen wie Rachitis, Anämie, Inanitio laborierten, diese Medikation an. — Es wurde verabreicht innerlich meistens das fertige Präparat aus Calcaria et Natr. glycerino-phosphoricum, welches unter dem Namen Glycero-phosphate Robin granulé erhältlich ist — oder magistraliter Rp. Calcariae glycerino-phosphoricae 2,0—2,5, Natrii glycerino-phosphorici 0,5, Aq. dest. 160,0, Syr. simpl. 20,0, S. 2—3 Eßlöffel täglich nach dem Alter des Kindes. Auch subkutan wurden sterile Lösungen von Natr. glycerino-phosphor. (Robin) in Anwendung gezogen.

Nach der beigegebenen Tabelle, woselbst Gewichtsdaten genau eingezeichnet sind, ersieht man, wie mächtig anregend diese Mittel auf den Stoffwechsel wirkt, in der großen Mehrzahl, fast könnte man sagen bei allen Kindern ist eine deutliche Besserung des Appetits zu konstatieren, damit einhergehend auch eine Gewichtszunahme, welche bei einem Kinde binnen 20 Tagen sogar 400 g betrug.

Gabel (Lemberg).

Cattaneo, Der Paraganglin Vassele in der Kinderheilkunde. (Comunicaze ella Assoc. med.-chir. di Parma. 13. Nov. 1904.) Nach den Erfahrungen, die Verf. mit dem Präparat bei Kindern gemacht hat, soll es die Eigenschaft haben, den Tonus der Gefäße und glatten Muskelfasern zu erhöhen, den Stoffwechsel anzuregen, und bei Rachitis günstig zu wirken. Die größte Dosis bestand in 40 Tropfen in 4—5 Malen.

F.

Sinnhuber, Über die Beziehungen der Thymus zum Kalkstoffwechsel. (Zeitschrift. f. klin. Medizin. Bd. 54. Heft 1 u. 2.) Die Thymus ist im postembryonalen Leben kein lebenswichtiges Organ. Ihre Exstirpation hat keinen Einfluß auf die Kalkausscheidung; sie steht daher in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Rachitis, soweit es sich bei der Rachitisfrage lediglich um das Moment der Kalkeinfuhr und -ausfuhr handelt. Wenn die Thymus bei Rachitis mit atrophischen bezw. hypertrophischen Veränderungen beteiligt ist, so ist weder die Thymuserkrankung noch die Rachitis als das primäre Leiden anzusehen, sondern beide sind Folgezustände einer Grundkrankheit. Das Wesen dieser Grundkrankheit liegt in einer lymphatischen, bezw. lymphatisch chlorotischen Konstitution; und diese ist meist der Ausdruck einer durch mangelhafte oder unzweckmäßige Ernährung hervorgerufene Störung in der Darmtätigkeit. Auch Fütterung mit Thymussubstanz hat keinen wesentlichen Einfluß auf die Kalkausscheidung; nur die N-Ausfuhr wird etwas erhöht. Dagegen steigert die Darreichung größerer Gaben Thyreoidea die Kalkausscheidung merklich; auch die N-Ausscheidung wird wesentlich erhöht.

Freyhan (Berlin).

Bayon, Über die Ätiologie des Schilddrüsenschwundes bei Kretinismus und Myxödem. (Neurol. Centralbl. 1904. No. 17.) B. hebt in seiner Arbeit den thyreogenen Ursprung des sporadischen

und endemischen Kretinismus und Myxödems hervor. Demnach gibt es auch endemische Kretinen, welche identische anatomische Veränderungen in der Schilddrüse aufweisen, wie exquisit sporadische Fälle und umgekehrt. Allerdings ist ein weitaus stärkerer Prozentsatz der sporadischen Fälle auf eine Thyreoaplasie zurückzuführen, als dies der Fall bei endemischen Kretinen ist, die vielfach nur in hohem Grade kröpfig sind; beide Erkrankungen haben jedoch ihren primären Sitz in der Schilddrüse. Die Mehrzahl der sporadischen Fälle ist eine Folge einer fötalen Erkrankung, während in den endemischen Fällen die weitaus überwiegende Mehrzahl ihren Zustand einer Erkrankung im jugendlichsten Alter verdankt.

Als ätiologische Faktoren des Kretinismus und Myxödem kommen in Betracht: 1. „embryonale Störungen" oder andere uns nicht näher bekannte Störungen, welche bewirken, daß das Kind ohne Schilddrüse zur Welt kommt, 2. abgelaufene, sei es primär, sei es als Folge einer Infektionskrankheit auftretende Thyreoiditiden bei einem Individuum, das mit einer gesunden Schilddrüse zur Welt gekommen ist.

B. beschreibt des näheren das mikroskopische Bild, welches sich in solchen Fällen von Entzündung einer bis dahin völlig normalen Schilddrüse darbietet.

Wie der Schilddrüsenschwund in vielen Fällen von Kretinismus und Myxödnm entsteht, kann wohl erklärt werden, nicht aber warum der Kropf und der Kretinismus an einzelnen Orten so häufig sind und an anderen so selten. Kurt Mendel.

B. Ebbell (Norwege), Rachitis auf Madagaskar. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1904. No. 3.) Der Verf., der 10 Jahre im Innern Madagaskars lebte, verneint, daß Rachitis, wie Aug. Hirsch in seinem Handbuch III S. 514 schreibt, fast unbekannt ist. Im Gegenteil, Rachitis ist nach den Erfahrungen des Verf.s auf Madagaskar recht häufig und von den Eingeborenen unter dem Namen „tambavy" wohlbekannt; wenn die kleinen Pat. mager sind, wird die Krankheit bisweilen „halofisaka", wenn sie fett sind „halobatra" genannt. Die Einwohner betrachten die Krankheit als angeboren und glauben, daß sie entsteht, wenn die Mütter während der Schwangerschaft viele süße oder sehr salzige Speisen essen. Der Verf. fand, daß die Krankheit nur in leichten Formen auftrat; am häufigsten beobachtete er Rosenkranz, die charakteristischen Schädelveränderungen (mit Ausnahme der Kraniotabes), Epiphysenschwellungen der Tibiae (dagegen nicht der Handgelenke), auch laryngospastische Anfälle. Beckenrachitis scheint sehr selten zu sein, da die Madagaskarweiber leicht gebären. Die Eingeborenen pflegen gleich nach der Geburt als Prophylaktikum den Kindern bittere Dekokte zu verabreichen und sie mit bitteren Dekokten zu reiben (als Gegengift gegen die von den Müttern gegessenen Speisen), oder sie reiben die Kinder mit zerquetschten Knochen, um auf die weichen Knochen einwirken zu können. (Es kommt dem Ref. sonderbar vor, daß der Verf. nie Kraniotabes noch Epiphysenschwellungen der Handgelenke beobachtete, auch wenn es sich um leichte Rachitis handelte; Kyphose wird gar nicht erwähnt.) Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

F. Siegert, Beiträge zur Lehre von der Rachitis. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 58. Heft 6.) Verf. leugnet mit anderen Autoren das Vorkommen angeborener Rachitis, sieht aber die Heredität dieses Leidens als bewiesen an und bringt dafür aus den letzten 5 Jahren seiner Erfahrung ein gut zusammengestelltes Material.

Tab. I zeigt 31 Familien, in denen die von den Müttern gestillten Kinder rachitischer Eltern fast alle deutliche, zum Teil schwere Rachitis aufwiesen. Tab. II berichtet über 14 Familien in ungünstigsten Verhältnissen, in denen die oft sehr zahlreichen Kinder rachitisfreier Eltern bei Mutterbrustnahrunng von Rachitis frei blieben. Tab. III bringt 12 Familien, in denen bei Kindern rachitisfreier Eltern unter dem Einfluß interkurrenter Krankheiten und bei fehlender Brustnahrung Rachitis vereinzelt vorkommt. Tab. IV endlich zeigt in 12 Familien die hohe Morbidität und Mortalität von künstlich ernährten Kindern rachitischer Eltern.

Verf. zieht aus seinem Material folgende Schlüsse: Die Erblichkeit der Rachitis, besonders von seiten der Mutter, scheint ihm der wichtigste Faktor für die Entstehung des Leidens zu sein. Diese rachitische Beanlagung wird natürlich durch die Mutterbrustnahrung noch unterstützt. Andererseits kann bei erblich-rachitischer Belastung von seiten des Vaters oder der Mutter gelegentlich die Nachkommenschaft — besonders bei künstlicher Nahrung — rachitisfrei bleiben. Ungünstige Lebensverhältnisse und Erkrankungen des Digestions- und Respirationstraktus sind nächst der Erblichkeit die hauptsächlichsten Ursachen der Rachitis. Infektion spielt keine Rolle.

Hutzler (München).

Rowland G. Freeman, The Etiology of Rachitis. (Archives of Petiatrics. April 1904.) Bemerkungen über die Ursachen der Rachitis.

Es scheint aus Tierversuchen hervorzugehen, daß unpassende Nahrung sehr wohl zu Rachitis führen kann. Möglicherweise sind auch einige Bakterien oder Darmtoxine imstande, die Krankheit herbeizuführen.

Klinische Beobachtungen, wenn sie auch wenig zahlreich und daher nicht ausschlaggebend sind, zeigen doch darauf hin, daß Rachitis weniger häufig unter der Armenbevölkerung vorkommt, als in Anstalten, wo Kinder mit künstlichen Milchmischungen ernährt werden. Namentlich sieht man oft Rachitits entstehen bei Säuglingen, die neben der Mutterbrust kondensierte Milch bekommen.

Leo Jacobi (New York).

Arth. Schloßmann, Über die Bedeutung des Phosphors in der Milch für den Säuglingsorgnismus. (Aus dem Säuglingsheim in Dresden.) (Medizin. Klinik. 1905. No. 11.) Der Säugling setzt während seines ersten Lebensjahres etwa 55—60 g Phosphor an. Diesen ganzen Phosphorvorrat muß er bis nahe an das Ende des ersten Lebensjahres der Milch entnehmen, die ja bis dahin in der Regel seine einzige Nahrung bildet. Nun enthält jede Milch ganz beachtenswerte Mengen Phosphor, am wenigsten die Frauenmilch, am reichlichsten Kuh- und Ziegenmilch; selbst mit dem Drei-

fachen an Wasser versetzt, enthält Kuhmilch noch ebensoviel Phosphor, als die reine Frauenmilch. Es ist also ausgeschlossen, daß der künstlich genährte Säugling in bezug auf den Phosphorgehalt seiner Nahrung Mangel leidet; ja er erhält mehr Phosphor, als er braucht, und der Organismus gibt den Überschuß mit dem Harn wieder heraus. Die Mißerfolge, die so häufig bei der künstlichen Ernährung sich einstellen, vor allem die Entstehung der Rachitis können demnach keineswegs der Armut der Kuhmilch an Phosphaten in die Schuhe geschoben werden, und auch auf die Art der in der Kuhmilch enthaltenen Phosphorverbindungen sind sie nicht zurückzuführen. Die Unterschiede zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung liegen eben auf biologischem Gebiete, und man kann nur immer wieder betonen: jede Mutter hat ihr Kind zu stillen. **Grätzer.**

Arthur Schloßmann, Über Menge, Art und Bedeutung des Phosphors in der Milch, und über einige Schicksale desselben im Säuglingsorganismus. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 40. Heft 1—3.) Überall da in der Natur, wo es sich um die höchsten und wichtigsten Funktionen des Belebten handelt, stößt man auf den Phosphor und seine komplizierten Verbindungen. Gerade beim Säugling, der in unverhältnismäßig höherem Maße als der Erwachsene Phosphor ansetzen muß, scheint der Phosphorstoffwechsel besonders wichtig. Während des ersten Lebensjahres müssen ungefähr $^3/_4$ g Phosphor im Gehirn angesetzt werden. Während es sich hier vorzugsweise um Aufspeicherung von organisch gebundenem Phosphor handelt, werden in den Knochen hauptsächlich anorganische Phosphorsalze angesetzt. Wir finden während des ersten Lebensjahres einen Ascheansatz in den Knochen von 330 g; hiervon sind nach Gabriel 36,65 $^0/_0$ P_2O_5 und 16 $^0/_0$ Phosphor, das wären 52,8 g Phosphoransatz. Während wir durch Camerer jr. und Söldner über die chemische Zusammensetzung des Neugeborenen unterrichtet sind, wissen wir nichts über eine solche beim 1 jährigen Kind. Deshalb sind Berechnungen über den Gesamtphosphoransatz im ersten Jahre nicht möglich und Verf. studierte die Frage zunächst beim Meerschweinchen und fand, daß beim neugeborenen Tier 0,54 $^0/_0$, beim 8 monatlichen Tier 0,6 $^0/_0$ des Gesamtgewichtes auf Phosphor kämen, daß somit das Tier nicht nur absolut, sondern auch relativ mehr Phosphor enthält. Sicher ist auch beim Menschen der Phosphoransatz im ersten Jahre ein so großer, daß das 1 jährige Kind wesentlich mehr im Verhältnis an Phosphor enthält als das neugeborene. Verf. nimmt für das erste Jahr einen Phosphoransatz von 55—60 g an. Zur Deckung dieses relativ bedeutenden Phosphoransatzes reicht die natürliche Nahrung des Kindes, gewiß aber auch eine rationelle künstliche Ernährung vollkommen hin.

Es wurden im ganzen 39 verschiedene Frauenmilchen nach verschiedenen, genau angegebenen Methoden auf ihren Phosphorgehalt untersucht. Es ergibt sich im Mittel pro Liter: 0,45 g P_2O_5, 0,195 g P, 2,43 g N; es verhält sich $P_2O_5 : N = 1 : 5{,}4$. Die Phosphorwerte bei der Kuh, beim Esel und bei der Ziege sind wesentlich höhere (0,7—0,9). Die Dauer der Laktation hat als solche keinen

ausschlaggebenden Einfluß auf den Phosphorgehalt. Bei ein- und derselben Frau und bei Einhaltung derselben Versuchsbedingungen kann ein wesentlicher Unterschied zwischen der von beiden Brüsten sezernierten Milch bestehen. Auch in bezug auf die Abstammung fanden sich bei den zwei hauptsächlichsten Typen, Polinnen und Germaninnen keine regelmäßigen Differenzen in bezug auf den Phosphorgehalt. Auch Menstruation oder Fieber der Wöchnerin ließ keinen Einfluß auf den Phosphorgehalt feststellen. Einzig und allein ein erhöhter Kaseingehalt der Milch (wie z. B. beim Tier) bedingte auch den größeren Gehalt an Phosphor. Die Anschauung, daß der Phosphor der Frauenmilch ausschließlich an organische Körper geknüpft sei, erweist sich als irrig. Sicher ist ein Teil des Phosphors in organischer Bindung in der Milch, nämlich im Kasein; der Gehalt der Milch an anderen phosphorhaltigen organischen Körpern, Nukleonen und Lecithin ist dagegen noch durchaus ungeklärt. Wahrscheinlich ist überhaupt kein Lecithin in der Milch vorhanden. Jedenfalls fehlt der Beweis für seine Existenz noch vollständig und Schlüsse, die man aus dem mehr oder minder großen Lecithingehalt der verschiedenen Milcharten gezogen hat, sind unberechtigt. Speziell die Ansicht Bunges, daß der Lecithingehalt der Milch im Vergleich zu seinem Gehalt an Eiweiß um so höher ist, je höher das relative Gewicht und damit der Lecithingehalt des Gehirns beim Säugling ist. Eine Überführung organischer Phosphate in anorganische, etwa durch Sterilisieren, Pasteurisieren u. ä. ist niemals gelungen. Um zu sehen, unter welchen Umständen die Verdauung und Resorption der phosphorhaltigen Substanzen am günstigsten war, wurde ein Stoffwechselversuch bei einem Kinde angestellt, bei dem hintereinander verschiedenartige Nahrungen gereicht wurden. Zunächst fand sich als interessanter Nebenbefund eine vorzügliche Ausnützung der Buttermilch. Nur 5,26 der gesamten zugeführten Menge findet sich unverbraucht im Kote wieder. Ganz besonders in die Augen springend ist die gute Ausnützung des N der Buttermilch, welche zeigt, daß der Stickstoff in der Buttermilch besser ausgenützt wird als der der Frauenmilch, obgleich die Nahrung in der Buttermilchperiode 3mal soviel N enthielt als in der Frauenmilchperiode. Bezüglich des Phosphors zeigte sich in den drei Perioden, in welchen Kuhmilchderivate gereicht wurden, eine bedeutend größere Phosphoraufnahme als in der Frauenmilchperiode. Es ist also ausgeschlossen, daß der Körper des Säuglings in bezug auf die Phosphorresorption bei künstlicher Nahrung Not zu leiden hätte.

Hecker.

Heinrich Rosenhaupt, Übergang von Brom in die Frauenmilch. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 40. Heft 1—3.) Bisher ist nur für Salicylsäure, Jod und Quecksilber und im Tierexperiment für Opium, Atropin und Alkohol in toxischen Dosen der sichere chemische Nachweis gelungen, daß diese Stoffe in die Milch der Stillenden übergehen. Für Brom war ein solcher Übergang bisher noch nicht erwiesen. Durch eine neue Methode nach von Walter und Fischer gelang es bei einer epileptischen Amme, die Brom in der üblichen Dosierung erhielt, diesen Körper in Spuren in der Milch

nachzuweisen. R. will keine Schlüsse für die Praxis daraus ziehen, wenngleich der mitgeteilte Fall es ihm wahrscheinlich macht, daß selbst kleine Bromdosen, längere Zeit verabreicht, Intoxikationserscheinungen machen können — das Ammenkind zeigte nämlich einen Akneausschlag, der nach der Abstillung sehr schnell verschwand.

Hecker.

C. S. Engel, Was ist von der Formalinmilch zu halten? (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung. 1905. No. 1.) E. berichtet von den Resultaten, die Kolle im Berliner Institut für Infektionskrankheiten bei Nachprüfung der v. Behringschen Angaben erzielt hat. So wurde z. B. eingehend die Wirkung des Formalinzusatzes auf das Wachstum der Bakterien in der Milch geprüft, wobei Kolle zu folgenden Ergebnissen gelangte:

„Durch den Zusatz von Formaldehyd von 1:25—40000 wird der Milch eine größere Haltbarkeit verliehen. In den beiden ersten Tagen bleibt, wenn die Milch anfänglich keimarm war, die Bakterienentwicklung eine geringe, verglichen mit einer Probe der gleichen Milch ohne Zusatz von Formaldehyd, sowohl bei Zimmer- wie bei Eistemperatur. Vom dritten Tage ab beginnt allerdings die Bakterienvermehrung, wenn die Aufbewahrung der Milch bei Zimmertemperatur erfolgt, in stärkerem Maße auch bei der Formaldehydmilch, wobei ohne Veränderungen der Milch in ihrem Geschmack oder Aussehen die Säuerung verhältnismäßig wenig zunimmt. Es werden in erster Linie die Milchsäurebakterien durch das Formaldehyd am Wachstum verhindert.

„Aus dem Säuregrad der Formaldehydmilch läßt sich nicht wie bei frischer Milch der Grad ihrer Zersetzung bezw. Frische bestimmen. Die Formaldehydmilch wird länger an der Gerinnung verhindert, trotzdem die Bakterienvermehrung eine enorme sein kann. Es kann also sehr gefährlich werden, wenn Formaldehydmilch nach dem Vorschlage v. Behrings im Großbetriebe hergestellt, zur Säuglings- und Kinderernährung benutzt werden soll. Denn es wird den Kindern ein Milchpräparat verabreicht, das nach Aussehen und Geschmack der frischen Milch äußerst ähnlich ist, aber chemische Stoffe sowie Bakterien, z. B. Flügges peptonisierende Bakterien, in solcher Menge enthalten kann, wie wir sie in verdorbener oder saurer Milch zu finden gewohnt sind.“

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich zur Evidenz, daß das Formalin die Milch nicht nur nicht konserviert, sondern sogar geeignet ist, sie giftiger zu machen, als sie es ohne Formalinzusatz werden kann. Ob Formalin längere Zeit hindurch ohne Schädigung des Verdauungsapparates genommen werden kann, muß ohnedies noch bewiesen werden.

Grätzer.

Luigi Concetti, Zum Vorschlag des Formolzusatzes zur Milch. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1904.) Verf. stellt eine Reihe von verschiedenen Forschern mitgeteilter Tatsachen zusammen, aus denen hervorgeht, daß Behrings Vorschlag, zur Konservierung der Milch einen Zusatz von Formol dazu zu setzen, erstlich seinen Zweck nicht erfüllt, sodann aber auch als schädlich zu betrachten ist, weil

durch den Zusatz dem kindlichen Organismus Nachteil zugefügt werden kann. F.

A. Jaquet, Über Trockenmilch und ihre Verwendung als Nahrungsmittel. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 23.) J. prüfte den „poudre de lait complet Klaus", ein Präparat, gewonnen durch Behandlung von Milch nach dem Just-Hatmakerschen Verfahren, und kleine hellgelbe Schüppchen darstellend, die mit warmem Wasser eine vollständig homogene, sich von der natürlichen Milch kaum unterscheidende Emulsion ergeben, die auch ganz wie sterilisierte Milch schmeckt. In diesem Pulver sind sämtliche Bestandteile der Milch in ihrem ursprünglichen Mengenverhältnis enthalten.

J. hat das Präparat einer quantitativen Analyse unterzogen. Wenn man 136 g Trockenmilch zur Herstellung von 1 l Milch verwendet, so erhält man eine Milch, deren Zusammensetzung ungefähr der mittleren Zusammensetzung der Kuhmilch entspricht und derjenigen der besten Milchpräparate analog ist. Untersucht wurden ferner der Säuregrad und das Verhalten gegen Verdauungsfermente. Der Säuregrad ist ein sehr geringer, auch bleibt bei Zimmertemperatur diese Milch mindestens 48 Stunden, ja 72 Stunden, ohne ihre Azidität zu verändern, was mit der Keimfreiheit des Milchpulvers zusammenhängen dürfte. Auch die Verdauungsversuche fielen befriedigend aus. Die Labgerinnung der mit Milchpulver hergestellten Milch ist von der normalen verschieden; die Gerinnungsfähigkeit ist aber nicht aufgehoben, sondern anstatt eines zusammenhängenden Klumpens entsteht eine Crême, wie bei der Labwirkung auf Frauenmilch. Um die Verdaulichkeit und Assimilierungsfähigkeit zu prüfen, machte J. an sich selbst einen Ausnutzungsversuch. Derselbe ergab günstige Resultate, desgleichen die Ernährungsversuche bei dem 7 Monate alten Kinde J.s. Endlich erwies sich auch die Haltbarkeit des Pulvers als eine recht gute.

Wenn weitere systematische Versuche die allgemeine Verwendbarkeit der Trockenmilch für die Ernährung kleiner Kinder endgültig darlegen — und vorderhand liegt gar kein Grund vor, daran zu zweifeln —, so bietet dieses Präparat große Vorteile. Die Milch kann unmittelbar vor dem Gebrauch in kürzester Zeit bereitet werden und gelangt unverdorben zum Genuß, es sind keine umständlichen Apparate und Sterilisierungsprozeduren erforderlich, der Transport ist leicht usw. Auch für die allgemeine Krankenernährung dürfte sich das Pulver bestens eignen. Grätzer.

M. Monsarrat, Meilleurs conditions de production du lait destiné à l'alimentation des enfants. (L'Écho Médical du Nord. No. 401.) Verf. macht Vorschläge zur Gewinnung besserer Kindermilch und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Milch muß von absolut gesunden Tieren stammen. Die Kühe, von denen die Milch geliefert wird, müssen jung und wenn irgend möglich ovariotomiert sein. Die hygienischen Bedingungen müssen strenge durchgeführt werden. Das Futter sei rationell und möglichst trocken.

2. Die so gewonnene Milch muß mit der größten Sauberkeit aufgefangen werden. Dazu gehört eine zweckmäßige Behandlung der Tiere vor dem Melken, ordentliche Bearbeitung der Milchgefäße und schließlich ein guter Gesundheitszustand des Personals.

3. Die Milch ist sofort nach dem Melken zu zentrifugieren und zu pasteurisieren.

4. Zweckmäßig wäre es, städtische Milchanstalten ins Leben zu rufen, bei denen alle hygienischen Anforderungen strenge kontrolliert werden können.

5. Zu diesem Zwecke sind diese Milchanstalten tierärztlicher Beaufsichtigung zu unterstellen. German (Göttingen).

N. Auerbach, Ein neuer Pasteurisierungsapparat für Großbetrieb. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 1—3.) Verf. empfiehlt einen Apparat von der Fa. Rietschel & Henneberg, Berlin, welcher eine rasche Abkühlung der aus dem Apparate herausgenommenen Flaschen ermöglicht. Hecker.

J. H. Spiegelberg, Eine für den Praktiker geeignete Bestimmungsmethode des Fettgehaltes (und der festen Bestandteile) der Milch. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 4—6.) Mitteilung der Babcockschen Methode, die sich von der Gerberschen dadurch unterscheidet, daß sie auf den Gummistöpsel verzichtet und statt des Amylalkohols siedendes Wasser verwendet, um eine bessere Absetzung des Fettes zu erzielen. Eine Reihe von Kontrolluntersuchungen ergaben die große Zuverlässigkeit dieser Methode. Die Babcocksche Formel zur Berechnung der Trockensubstanz aus dem gefundenen Fettgehalt und dem spezifischen Gewicht der Milch wird mitgeteilt. Ihr praktischer Wert liegt darin, daß man aus dem gefundenen Fettgehalt unter Zuhilfenahme der kalometrischen Standardzahlen für Fett, Kohlehydrate usw. schnell den kalorischen Wert jeder Milchprobe ungefähr berechnen kann. (Die Formel zeichnet sich auch durch ihre größere Einfachheit vorteilhaft vor der Fleischmannschen aus. Bem. d. Ref.) Hecker.

Reiss, Die Katalase der Milch. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56. Heft 1 u. 2.) Als Katalase wird ein Ferment bezeichnet, das die Fähigkeit besitzt, Wasserstoffsuperoxyd in Wasser und Sauerstoff zu zerlegen. In der Milch ist die Katalase mit den Fettkügelchen vergesellschaftet; sie läßt sich aus dem Rahm mit Wasser und physiologischer Kochsalzlösung ausziehen; sie haftet Substanzen mit großer Oberfläche, wie Kieselgur, an. Die Bindung der Katalase ist also eine rein physikalische, hervorgerufen durch Oberflächenwirkungen. Die Katalase ist im kolloidalen Milchplasma unlöslich, während sie sich in kolloidfreien Flüssigkeiten löst. Die Zerstörung der Katalase durch Wasserstoffsuperoxyd ist nicht als fundamentaler Unterschied zwischen Fermentwirkung und gewöhnlicher Katalase zu betrachten. Einen solchen gibt es nach dem gegenwärtigen Stand der Untersuchungen überhaupt nicht. Freyhan (Berlin).

F. Fede und **G. Finizio,** Untersuchungen über die amylolytischen Fermente des Handels. (La Pediatria. Juni 1904.) Verff.

haben außer dem Pankreatin das Maltin und das Takadiastase, auch Kojiferment genannte, aus Eurotium orizae gewonnene Präparat untersucht. Es ergab sich, daß Pankreatin wirksamer in alkalischen, Takadiastase und Maltin dagegen wirksamer in neutraler Lösung ist. Dafür erwies sich Pankreatin widerstandsfähiger gegen Säuren als die anderen Fermente. Untersuchungen bezüglich einer proteolytischen Eigenschaft von Maltin und Takadiastase ergaben für ersteres ein negatives, für letzteres ein positives Ergebnis. F.

Ernst Moro, Vergleichende Studien über die Verdauungsleukozytose beim Säugling. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 1—3.) Nachdem sich Gregor und Japha übereinstimmend gegen eine Verwertbarkeit der Verdauungsleukozytose als diagnostisches Kriterium für die Beurteilung von Magen- und Darmstörungen im Säuglingsalter ausgesprochen hatten, versuchte M. systematische Studien über diese Erscheinungen, vor allem an gesunden und völlig normalen Säuglingen anzustellen. Aus den Zählungen, welche vor und nach jeder Mahlzeit in möglichst kurzen, ca. einhalbstündigen Intervallen vorgenommen wurden, ergab sich mit Bestimmtheit, daß beim Brustkinde in der Verdauungsperiode sich keine Leukozytose einstellt, daß vielmehr eine deutlich nachweisbare Verminderung in der Leukozytenzahl, das Eintreten einer Leukopenie die Regel bildet. Das Einsetzen dieser Leukopenie muß aller Wahrscheinlichkeit nach schon in die Zeit während des Trinkaktes verlegt werden, da in vielen Fällen bereits sofort nach dem Absetzen von der Brust eine Verminderung der Leukozytenzahl nachweisbar ist: 1—1 $^1/_2$ Stunden nach dem Trinken beginnt die Zahl der Leukozyten wieder anzusteigen und erreicht nach 3—4 Stunden den ursprünglichen Wert. Zur Erklärung dieses Phänomens nimmt M. an, daß ein Teil der Leukozyten des Blutes, angelockt von der getrunkenen Milch nach den Verdauungsbezirken hingelenkt wird. Bei längere Zeit hindurch künstlich ernährten Säuglingen ergeben sich Schwankungen, die keinen regelrechten Verlauf erkennen lassen. Nur so viel scheint festzustehen, daß bei Brustkindern, die zum ersten Male Kuhmilch erhalten, eine beträchtliche Verdauungsleukozytose auftritt, die mit der Gewöhnung an die Milch allmählich verschwindet. (Abwehr des artfremden Eiweißes?) Hecker.

J. Varges (Dresden), Über die chemische Einwirkung des Laktagols auf die Zusammensetzung der Frauenmilch. (Med. Klinik. 12. Februar 1905.) Versuche ergaben, daß Laktagol den Fettgehalt über 100 $^0/_0$, den Eiweißgehalt der Frauenmilch über 60 $^0/_0$ erhöhte, daß ferner Laktagol einer minderwertigen Muttermilch eine gute, teilweise sogar hervorragend nahrhafte Zusammensetzung verlieh, unter gleichzeitiger reichlicher Milchsekretion aus beiden Milchdrüsen. Grätzer.

Dubar, Avant-Project de Livret pour Nourrices.) L'Écho Médical du Nord. No. 37.) Verf. bespricht die Notwendigkeit eines Merkbüchleins für Ammen und macht Vorschläge für die Abfassung eines solchen. Dasselbe soll Aufschluß geben

1. über die Ernährung des Säuglings
   a) mit Muttermilch
   b) mit Muttermilch und anderer Milch zusammen
   c) mit Kuhmilch;
2. über das Entwöhnen;
3. über andere hygienische Bedingungen und eine zweckmäßige Kleidung.

German (Göttingen).

Eugen Galewsky, Über Ammenuntersuchungen im Säuglingsheim zu Dresden. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 40. Heft 1—3.) Die Ammen kommen direkt aus der Entbindungsanstalt in das Säuglingsheim und bleiben durchschnittlich 4—6 Wochen dort, ehe sie weiter verdingt werden. Jede Amme wird beim Eintritt genauestens untersucht, gebadet, ihre Sachen desinfiziert. In den 6 Wochen des Aufenthaltes kann nicht nur die Fähigkeit der Amme in der Milchproduktion geprüft, sondern auch luetische Erkrankungen sicher erkannt werden. Eine brauchbare Amme bleibt entweder als Hausamme im Institut, oder wird weiter vermietet. Dies hat den Vorteil, daß man mit ziemlicher Sicherheit in der Lage ist, eine gesunde, nicht geschlechtskranke Amme weiter zu geben. Um eventuellen Übertragungen der Syphilis seitens der Kinder, die mit nicht manifesten Symptomen zur Aufnahme kommen, zu verhüten, behält im allgemeinen jede Amme ihr eigenes Kind.

Die Zahl der lueskranken Kinder im Säuglingsheim ist keine sehr große. Unter 820 stationär behandelten Kindern befanden sich sieben sichere Lueskinder und zehn verdächtige. Eine staatliche Aufsicht der Ammenvermittlung mit Rücksicht auf die Gefahr der Syphilisübertragung ist nicht nötig; wenn nur jede Ammenvermittelung auf privatem Wege strenge verboten und dem Säuglingsheim das Monopol derselben gegeben wäre. Verf. macht noch auf die Wichtigkeit genauer Ammenuntersuchung aufmerksam, da es sich in solchen Fällen ja nicht um die einzelne Infektion, sondern um eine Multiplikation von Infektionen, die von einer Quelle ausgehen, handelt. Er sah z. B. in einer Familie durch ein Kindermädchen die Infektion des Kindes, der Mutter, des Gatten und der Großmutter.

Hecker.

Julius Süßwein, Zur Physiologie des Trinkens beim Säugling. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 40. Heft 1—3.) Um die Größe der in den einzelnen Zeitabschnitten einer Mahlzeit aufgenommenen Milchmenge festzustellen, das Verhalten verschieden entwickelter, gesunder und kranker Kinder an leicht und schwer gehenden Brüsten zu betrachten, untersuchte Verf. 31 Kinder in 62 Beobachtungen. Jedes Kind wurde vor dem Anlegen gewogen und die Zeit bei Beginn der Mahlzeit vermerkt. Saug- und Schluckakt wurden überwacht. Der letztere durch leichtes Auflegen des Fingers an den Kehlkopf des Kindes kontrolliert. In Zwischenräumen, welche nach Minuten abgegrenzt waren, wurde die Mahlzeit unterbrochen, um durch Wägung des Kindes die aufgenommene Milchmenge festzustellen.

Die einfachsten Verhältnisse zeigt der gesunde und kräftige Säugling, der sich schon mehrere Wochen an der Brust ernährt und geschickt zu saugen gelernt hat. Er macht anfangs ziemlich ryth-

mische Saugbewegungen mit einer Frequenz von 40—90 in jeder der ersten 2—3 Minuten, wobei fast jede Saugbewegung von einer Schluckbewegung gefolgt ist. Die hierbei in der ersten Minute aufgenommene Milchmenge beträgt bis 50 g durchschnittlich. In der zweiten Minute ist die Nahrungsaufnahme noch ebenso rege, selbst reger als in der ersten Minute, weil sich das Kind bereits gut im Zuge befindet und auch die Milch durch den auf die Brust ausgeübten Saugreiz besser ausströmt; es entspricht auch jetzt noch fast jeder Saugbewegung eine Schluckbewegung. Die höchste in den ersten zwei Minuten aufgenommene Milchmenge war 90 g. Nimmt man als Durchschnitt der in den ersten zwei Minuten ausgeführten Saugbewegungen 150, dann berechnet sich die mit einer Schluckbewegung hinunterbeförderte Gewichtsmenge mit 0,6 g.

In der 3.—4. Minute ändert sich der Mechanismus des Schluckaktes. Derselbe erfolgt etwas seltener, indem erst auf 2—3—4 Saugbewegungen eine Schluckbewegung entfällt; das Saugen hingegen zeigt kein konstantes Verhalten. Meistens wird es etwas frequenter, aber von Ruhepausen unterbrochen, so daß die Gesamtzahl der in einer Minute ausgeführten Bewegungen dennoch kleiner erscheint als in den vorhergehenden. Die Pausen werden länger, die Werte für die aufgenommene Milchmenge sinken mehr und mehr, so daß mit dem Ende der fünften Minute meistens mehr als die Hälfte der ganzen Mahlzeit erreicht ist. Bei einer schwergehenden Brust erfolgen die Schluckbewegungen zunächst noch im Verhältnis von 1 : 1, bald aber 2 : 1 und noch seltener. Die in der Zeiteinheit aufgenommenen Milchmengen sind kleiner.

Atrophische und schwächliche Säuglinge brauchen im Gegensatz zu kräftigen, welche die Hauptmenge der Mahlzeit in den ersten fünf Minuten aufnehmen, oft 3—5 Minuten, bis sie 5 g und etwa $^1/_2$ Stunde, bis sie die ihnen entsprechende Milchmenge aufgenommen haben.

Die Beobachtung des Trinkmechanismus gibt die Möglichkeit einer aproximativen Schätzung der aufgenommenen Nahrungsmenge und ermöglicht die Beurteilung einer Ammenbrust auf ihre Eignung zur Ernährung des betreffenden Säuglings. Trinkt ein Kind mit häufigen Unterbrechungen und erfolgt der Schluckakt selten, dann ist die gereichte Brust als für den Säugling ungeeignet oder ungenügend zu betrachten. Zur Bestimmung der Dauer der Mahlzeit ist die Betrachtung des Trinkmechanismus in zweiter Linie neben der Wage zu verwenden.

Hecker.

O. Reinach, Indikationen für Anwendung von Rahmmischungen beim kranken Säugling. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 40. Heft 4—6.) Als bestimmte Indikationen lassen sich aufstellen:

Subakute und chronische Dyspepsie — mit und ohne Obstipation — bei denen unter Milchnahrung starke Alkaleszenz, fauliger Geruch, Auftreten stark positiver Millonprobe der Fäces zu konstatieren ist. Farbe und Konsistenz der Stühle sind unwesentlich dabei.

Chronisch schleimige Enteritiden unter Mehl- und Milchmischungen

mit stark saurer Reaktion, nicht unangenehmem Geruch und positiver Lugolreaktion, oder mit alkalischer Reaktion, positiver Millonprobe und fauligem Geruch der Stühle.

Die akuten Erkrankungen bieten keine so günstigen Chancen für Rahmanwendung, besonders die akuten, mit wässerigen Entleerungen einhergehenden Magendarmerkrankungen. Für eine Gruppe läßt sich hier noch als Indikation aufstellen: wenn die Stühle nicht sauer reagieren und wenn bei vorher möglich gewesener Beobachtung des Kindes keine Fettdiarrhöe wahrnehmbar war.

Wo Magenerscheinungen in Gestalt von Aufstoßen und Erbrechen bei Milchmischungen im Vordergrunde stehen, möge man mit Rahmernährung vorsichtig sein, hier verschlimmert sich meist der Zustand sofort unter Auftreten stark ranzigen Geruches aus dem Munde.

Wo unter Rahmernährung die Reaktion der Stühle sauer zu werden beginnt und man mikroskopisch stärker werdenden Fettgehalt konstatiert, verhindert ein Aussetzen oder Verringern des Rahmes Mißerfolge. Hier ist Kohlehydratnahrung oder Buttermilch geeignet.

Als Rahmpräparat soll in erster Linie frisch abgeschöpfter Rahm und erst in zweiter Linie Rahmkonserve Anwendung finden.

Hecker.

Leo Leschziner, Über die Buttermilch als Säuglingsnahrung. Klinische und chemische Untersuchungen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 40. Heft 1—3.) Die Buttermilch ist für magendarmkranke Kinder in einzelnen Fällen das einzig rationelle Heilmittel, in anderen dagegen ist sie kontraindiziert; in wiederum anderen Fällen vertragen die kranken Kinder die Buttermilch genau so gut wie jede andere Nahrung, wenn nämlich die Magendarmstörung nur kurzdauernd oder geringfügiger Natur ist oder die akuten Erscheinungen durch geeignete Behandlung beseitigt sind. Es wurde Buttermilch künstlich genährten, in der Gewichtszunahme stockenden Säuglingen gegeben, deren Fäces Fettsäurepartikelchen, d. h. jene fälschlich für Kasein gehaltenen linsen- bis erbsengroßen weißlich gelben Partikel enthielten. Durch die Buttermilchdarreichung verschwand die Fettsäure aus dem Stuhl, die bis dahin saure Reaktion wurde alkalisch; die Häufigkeit der Stühle, die durch das mechanisch reizende Moment der Fettsäurepartikelchen, sowie die damit verbundene beschleunigte Peristaltik verursacht wurde, nahm ab; der allgemeine Zustand besserte sich schnell und auffallend, das Gewicht nahm konstant bedeutend zu. Die Ursache der Besserung ist nicht ausschließlich in der Fettarmut der Nahrung zu suchen, da auch bei Ernährung mit Buttermilch und Sahnezusatz (also 3 % Fett), ebenso große, ja noch schnellere Zunahmen beobachtet wurden. Der Sahnezusatz wurde im allgemeinen verordnet, wenn der Stuhl fest war.

Zur Abstillung von Ammenkindern wurde häufig Buttermilch verwendet, die Kinder ertrugen die Periode der Ernährung mit Frauen- und Buttermilch recht gut. Bei akuten Magendarmstörungen kann die Buttermilch nicht in allen Fällen unbedingt als Heilmittel anerkannt werden.



Kontraindiziert ist die Buttermilch bei Kindern, die längere Zeit mit Mehlen gefüttert worden sind. Hier würde die Verordnung der Buttermilch nur die Fortsetzung eines Fehlers, nämlich weitere Verabreichung der kohlehydratreichen Kost bedeuten. Hier wird mit Vorteil fettreiche Nahrung gegeben. Eine weitere Kontraindikation bildet das Vorhandensein von Eiweißstühlen: gelbe, dünnflüssige, molkenartig riechende Stühle, die sauer reagieren und grünlich-gelb-bröcklige Masse enthalten. Auch hier ist eine fettreiche Nahrung am Platze, um durch die Fettsäuren die Bildung alkalisch reagierender Zersetzungsprodukte des Eiweißes zu verhüten.

Der Buttermilchstuhl ist bei jüngeren Kindern grünlichgelb, homogen, glänzend, pastenartig, nicht fäculent, von alkalischer Reaktion. Bei saurer Reaktion und dünner Konsistenz Vorsicht! Bei älteren Kindern ist der Stuhl strohgelb, breiig bis derb, homogen, glänzend, mäßig fäculent, stets alkalisch. Die Alkaleszenz erklärt L. als die Folge des Fettmangels der Nahrung und der Zersetzungsprodukte des Eiweißes.

Die Azidität der Buttermilch ist zu einem großen Teile abhängig von der Menge der sauren Phosphate, ferner von der Menge der Kohlensäure, viel weniger von der Menge der niedrigen Fettsäuren. Die Steigerung der Azidität in alter Buttermilch rührt her von Gärungsprodukten des Milchzuckers.

Hecker.

v. Massanek, Über Buttermilch. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 5.) Aus den angestellten Ernährungs- und Stoffwechselversuchen glaubt Verf. folgende Schlußfolgerungen ziehen zu können.

Die Buttermilch ist zur Ernährung sowohl kranker, wie auch gesunder Kinder geeignet. Auch ein längeres Verabreichen ist nicht mit Gefahr verbunden. In der Buttermilch besitzen wir also ein äußerst wertvolles Nährmittel, das anderen künstlichen Nahrungsmitteln nicht nur gleichwertig ist, sondern dessen große Billigkeit ihr einen gewissen Vorzug anderen Nährmitteln gegenüber sichert.

Hecker.

Élie Derechef (Tourcoing), Traitement des Gastro-Entérites aiguës et chroniques chez les enfants par le babeurre. (Archives de médecine des enfants. Janvier 1905.) Der Verf. hat zahlreiche Fälle von Gastroenteritis bei Kindern, sowohl im akuten, als auch im chronischen Stadium mit Buttermilch behandelt und, entsprechend den Veröffentlichungen anderer Autoren, gefunden, daß die Resultate sehr gute sind und man auch in jenen Fällen prompte Besserung erzielt, in welchen mit den sonst üblichen Mitteln, Wasserdiät, Bismut usw., keinerlei Besserung erreicht werden konnte. Im allgemeinen wird die Buttermilch von den Kindern gut genommen, viele nehmen sie sogar lieber als gekochtes Zuckerwasser, trotzdem dieselbe mitunter Erbrechen bewirkt. Die Buttermilch ist aber nicht nur ein fast spezifisches Medikament für die in Rede stehenden Krankheiten, sondern auch ein vortreffliches Nahrungsmittel und hat dasselbe bedeutenden Einfluß auch auf die Ernährung der Kranken. Gute Resultate wurden auch bei rachitischen Kindern beobachtet, indem die Darmgärungen, welche zu Autointoxikationen

führen, durch die Buttermilch beseitigt werden. Über die Art der Wirkung kann noch nicht etwas ganz Sicheres gesagt werden. Gewiß spielt die darin enthaltene Milchsäure in dieser Beziehung eine Hauptrolle, doch darf auch die besondere Zusammensetzung der Buttermilch nicht außer acht gelassen werden, indem dieselbe durch den Mangel des Fettes und die feine Verteilung des Kaseins von besonders leichter Verdaulichkeit ist. Hauptsache ist es immer, ein möglichst frisches Präparat in Anwendung zu bringen, da einige Tage alte Buttermilch, wahrscheinlich infolge der darin stattgehabten Mikrobenvermehrung, eher eine Verschlimmerung des Leidens zu bewirken imstande ist. Am besten ist es daher die Buttermilch im Hause selbst zuzubereiten; vorsichtshalber wird dieselbe dann noch unter Zusatz von 1 Eßlöffel Weizenmehl und etwa 75 Zucker pro Liter, gekocht und mit der Saugflasche oder dem Löffel verabreicht. Für den Anfang ist es von Vorteil kleine Mengen in kurzen Zwischenräumen zu geben, etwa einen Eßlöffel alle 10 Minuten. E. Toff (Braila).

P. Lesage (Paris), Traîtement diététique des gastroentérites par l'emploi des féculents. (Thèse de Paris. 1904.) Die mehligen Substanzen geben einen guten Kulturboden für die säurebildenden Mikroorganismen ab und ihre Anwendung ist infolgedessen von besonderem Vorteile in der Behandlung der Magendarmkrankheiten bei Kindern, indem sie eine tiefgreifende Veränderung in dem intestinalen Nährboden bewirken. L. benutzt entweder Gemüsesuppen oder solche, die mit Reismehl hergestellt werden, indem dieselben vor der Wasserdiät den Vorzug besitzen, während längerer Zeit, 2—8 Tage, in ausschließlicher Weise angewendet zu werden, während welcher Zeit die Milchnahrung ganz ausgesetzt werden kann. Selbstverständlich ist diese Nahrung für die Erhaltung der Kinder auf die Dauer hin nicht ausreichend, doch ist dieselbe genügend, um die kritische Periode vorübergehen zu lassen und die normale Ernährung erst dann aufzunehmen, wenn man die Überzeugung gewonnen hat, daß der infektiöse Prozeß im Darme endgültig beseitigt ist. E. Toff (Braila).

H. Roeder (Berlin), Die Behandlung der chronischen Verdauungskrankheiten im Säuglingsalter. (Die Therapie der Gegenwart. Februar 1905.) R. warnt hauptsächlich vor Fehlern in der Ernährung, vor allem vor Überernährung. Die Pfaundlerschen Magenkapazitätszahlen sollten als Standardzahlen betrachtet und stets berücksichtigt werden. Reine Mehlnahrung verwirft R. durchaus. Muttermilch ist natürlich das Beste. Verhängnisvoll werden den Kindern auch die Komplikationen, die so oft sich einstellen. Hier ist streng zu berücksichtigen, daß der kranke Säugling an jeder Stelle seines Körpers als infektiös und an jeder Stelle als infizierbar zu betrachten ist. Pflegerinnen und Mütter sind deshalb zu penibelster Sauberkeit namentlich vor und nach jeder Hilfeleistung anzuhalten und ihnen richtige Asepsis ans Herz zu legen. Grätzer.

Fede und Finizio, Vergleichende Untersuchungen über den therapeutischen Wert der Salzsäure und Milchsäure bei gastrointestinalen Dyspepsien der Kindheit. (La Pe-

diatria. Juli 1904.) Verff. haben in einer Serie von Untersuchungen studiert, wie die Verdauung von Kasein mittels Pepsinsalzsäure und Pepsinmilchsäure vor sich geht; Kontrollversuche wurden mit der Verdauung von Albumin angestellt. Es ergab sich, daß die Salzsäure der Milchsäure überlegen ist; wo zur Verdauung 10—15 Tropfen Salzsäure erforderlich sind, muß man mit der Milchsäure bis zu 40 Tropfen steigen, um denselben Effekt zu haben.

Um das Verhalten bei Kindern zu prüfen, haben Verff. die Menge der mit dem Urin ausgeschiedenen Sulfosäuren geprüft. Bei vier an Dyspepsie erkrankten Kindern ergab diese Untersuchung eine erhebliche Vermehrung dieser als Zeichen einer bestehenden intestinalen Fäulnis. Nach Anwendung von Salzsäure trat stets eine Verminderung der Sulfosäuren ein, um nach Aussetzen des Mittels wieder einer Zunahme derselben Platz zu machen. Aber auch nach Anwendung von Milchsäure in der Dosis von 2—3 g pro die war eine Abnahme der Sulfosäuren im Harn zu konstatieren; die Wirkung der Milchsäure erwies sich als konstant, jedoch weniger intensiv als die der Salzsäure, so daß sowohl aus den Versuchen in vitro wie beim Kranken sich die Superiorität der Salzsäure ergab. F.

W. Schlesinger, Über Störungen der Fettresorption und ihre Beziehung zur Ausscheidung von Kalk, Magnesia und Ammoniak. (Zeitschrift f. klinische Medizin. Bd. 55.) Aus den an Hunden ausgeführten Versuchen geht hervor, daß vermehrte Fettsäuremenge der Fäces infolge gestörter Fettresorption auf dem Umwege der Bildung von Kalkseifen zu Alkalimangel mit kompensierender Ammoniakausscheidung und Magnesiaretention führt, also zu Erscheinungen, die im Stoffwechselbilde der Acidose sensu strictiore vorkommen. Es liegt nahe, die hier gefundene Steigerung der Ammoniakausscheidung zu den Untersuchungen der Czernyschen Schule an magendarmkranken Säuglingen in Beziehung zu bringen. Es ist im hohen Grade wahrscheinlich, daß auch die Ammoniakvermehrung im Harn solcher Säuglinge wenigstens zum Teil auf eine Störung der Fettresorption zu beziehen ist. Freyhan (Berlin).

Giovanni Puoti, Wirkung des Sacharomyces cerevisiae auf das Bacterium coli bei den Gastroenteritiden des Kindesalters. (La Pediatria. V. 1904.) Die experimentellen Untersuchungen ergaben, daß Bierhefe auf die Lebensfähigkeit des Bact. coli in Kulturen keine Wirkung ausübt; die Bakterien leben und entwickeln sich trotz der Bierhefe sehr üppig. Dagegen ist eine Wirkung auf die biologischen Eigenschaften des Mikroorganismus insofern zu verzeichnen, als die Virulenz desselben vernichtet wird. Hochvirulente Kulturen von B. coli erwiesen sich nach der Behandlung mit Bierhefe als völlig inaktiv.

Ganz anders stellten sich die Ergebnisse der klinischen Anwendung. Die aus den Fäces isolierten B. coli hatten, nachdem den Kindern per os Bierhefe verabreicht war, genau dieselbe Virulenz wie vor Anwendung der Bierhefe. Dagegen erwies sich die Anwendung der Hefe an Fällen von akuter Gastroenteritis als erfolgreich, besonders bei der diarrhoischen Form. Das Erbrechen ließ

nach, die Entleerungen besserten sich sowohl nach Beschaffenheit wie Häufigkeit. F.

Antonio Jovane, Einfluß akuter und chronischer Infektion und Intoxikation mit Bact. coli auf die intrakardialen, intragastrischen und intraintestinalen Ganglien. (La Pediatria. Juni 1904.) Verf. haben ihre Versuche derart angestellt, daß sie Bouillonkulturen, die aus Fäkalien von darmkranken Kindern gewonnen waren, teils filtriert, teils unfiltriert Kaninchen subkutan injiziert haben, dann die Versuchstiere nach kürzerer oder längerer Zeit töteten und dann die Ganglien untersuchten. Die Resultate waren folgende: Intoxikationen und Infektionen mit B. coli alterieren die Ganglienzellen des Herzens und Verdauungskanals und zwar sind die Veränderungen nach chronischen Prozessen schwerer als nach akuten; im ersteren kommt es zu totaler oder partieller Chromolyse, zu Vakuolenbildung im Protoplasma, zu exzentrischer Verlegung des Kerns, zum Verschwinden der Kernkörperchen und Ersatz derselben durch intensiv gefärbte Körperchen, sogar zur völligen Atrophie der Zelle. Bei den akuten Prozessen kommt es dagegen nur zu diffuser Färbbarkeit der Zelle, zu geringen Formveränderungen und Kernverlagerungen. F.

P. Reyher, Über die Ausdehnung der Schleimbildung in den Magenepithelien des Menschen vor und nach der Geburt. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 1.) Sorgfältige Färbung nach frühzeitiger Konservierung ergab bei neun Neugeborenen bezw. Frühgeburten, daß nicht nur zur Zeit der Geburt, sondern schon in ziemlich früher Fötalzeit eine lückenlose, das Gewebe vollständig vom Magenlumen trennende Schleimlage beim Menschen vorhanden ist. Die Arbeit ist durch gute Mikrophotogramme illustriert. Hecker.

Rodolfo Benati, Eine Dermatitis intestinalen Ursprungs bei einem 5 Monate alten Knaben. (La Pediatria. Juli 1904.) Verf. bezeichnet die Dermatitis, deren Sitz Gesicht, Thorax, besonders Abdomen, ferner die Hüften und in geringem Maße die Beine waren, als eine varizellenähnliche. Sie verschwand, sobald einige sehr übel riechende grünliche Stühle entleert waren. F.

W. G. Krotkoff, Über das sogenannte acetonämische Erbrechen bei Kindern („vomissements acétonémiques" Marfan). (Prakticzesky Wratsch. 1904. No. 34.) Verf., der einen einschlägigen Fall beobachtet hat, spricht sich dahin aus, daß das von Marfan unter der Bezeichuung „acetonämisches Erbrechen" beschriebene Syndrom nicht als ein Prozeß sui generis betrachtet werden darf, um so mehr, als die übrigen mit dem Erbrechen einhergehenden Erscheinungen allgemein nervöser Natur ungemein denen bei Pseudomeningitis gleichen. Ferner ist noch nicht die Frage entschieden, ob der Brechakt selbst, sowie die Begleiterscheinungen desselben durch das Aceton oder vielleicht durch andere gleichzeitig im Blute zirkulierende Gifte hervorgerufen werden. Angesichts dessen ist die Ausscheidung dieses Symptomenkomplexes in eine besondere klinische Form, wie es Marfan tut, verfrüht. Wie es des Verf.s Fall gezeigt

und auch Barbier erklärt hat, nämlich, daß dem acetonämischen Erbrechen bei Kindern bisweilen Magendarmstörungen folgen, ist wohl als ätiologisches Moment irgend ein Diätfehler anzusehen, und dies ist vollkommen mit der Beobachtung von Marfan in Einklang zu bringen, daß die Krankheit mitunter einen familiären Charakter trägt. Nicht zu versäumen ist es, in allen auf Meningitis verdächtigen Fällen besonders im Anfangsstadium, den Harn auf Aceton zu untersuchen.

A. Dworetzky (Moskau).

Rachford, Recurrent vomiting. (Arch. f. Pediatrics. 1904. S. 881.) Nach R. spielt die Heredität, Gicht, Migräne und andere Neurosen, sowie besonders die Obstipation eine wesentliche Rolle in der Pathogenese des zyklischen Erbrechens. Es handelt sich um eine Autointoxikation mit sekundärer Säurevergiftung und Funktionsstörungen der Leber. Das Leiden wird bei Kindern noch im dritten bis zehnten Jahre häufiger gefunden als bei Erwachsenen, Mädchen werden etwas häufiger betroffen als Knaben. Als auslösendes Moment für die Anfälle, die im Winter häufiger sein sollen als im Sommer, kommen allerlei geistige und körperliche Störungen in Betracht. R. gibt eine eingehende Schilderung der klinischen Symptome ohne wesentlich Neues zu bringen. Der bei der Diagnose als wichtig bezeichnete Nachweis des Azetons dürfte wohl ohne Bedeutung sein. (Inanitionserscheinungen?) Therapeutisch empfiehlt er Kalomel und doppeltkohlensaures Natron in halbstündigen Pausen (Kalomel bis zu 0,13). Ist der Magen nicht sehr gereizt, läßt er nach drei oder vier Stunden ein salinisches Abführmittel folgen, und vier bis fünf Stunden später Natr. benz. (0,19 bis 0,45) alle zwei bis drei Stunden in Pepsinessenz oder Pfefferminzwasser gelöst nehmen. Die Nahrung wird ausgesetzt, nur Wasser ist allenfalls erlaubt (eventuell statt desselben physiologische Kochsalzeinläufe). In sehr schweren Fällen wird man ohne Morphium nicht auskommen. In den freien Intervallen wären dann die als ätiologisches Moment in Betracht kommenden Störungen zu bekämpfen.

Schreiber (Göttingen).

J. M. Snorr, Intermittent Hyperchlorhydria as an occasional cause of Recurrent Vomiting in Children. (American Journal of the Medical Sciences. Dez. 1904.) Nach ber Ausführung des Verf. ist das sogenannte zyklische Erbrechen bei Kindern gar nicht so selten.

Er berichtet über einige Fälle, die offenbar auf Hyperchlorhydrie beruhten und auf Alkalienbehandlung prompt reagierten. Diese sollte in jedem Fall versucht werden.

Diagnostisch versäume man nie eine eingehende Untersuchung des Erbrochenen zu machen.

Leo Jacobi (New York).

J. Zappert, Über das Auftreten von Fettsubstanzen im embryonalen und kindlichen Rückenmark. (Aus dem pathol.-anatom. Institut der Universität Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 19.) Z. hat ca. 120 Rückenmarke vom dritten Lunarmonat bis zum achten Lebensjahre nach der Methode von Marchi untersucht. Wie bei Erwachsenen, so fand er hier in den hinteren Wurzeln und der weißen Substanz Körnungen, die als Fettsubstanzen zu deuten

sind und, wie sich zeigte, als charakteristischer Befund des Säuglingsrückenmarkes angesprochen werden müssen, sobald sie in den Vorderwurzeln entdeckt werden. Auch Körnungen in den Ganglienzellen und noch eine Art von Körnchenbildung: Fetteinschlüsse im Epithel des Zentralkanals, beschreibt Z. und stellt als biologisches Gesetz auf, daß Zelltätigkeit mit der Bildung von Fettsubstanzen einhergeht, welche gewissermaßen als Schlacken in den Zellen zurückbleiben. Körnungen in den vorderen und hinteren Wurzeln und — zum Teil fortgeleitet — in der weißen Rückenmarkssubstanz sind nicht etwa „Verunreinigungen der Methode", da sie erst von einem bestimmten Alter an im kindlichen bezw. fötalen Rückenmark auftreten. Sie berechtigen in der Regel nicht zu dem Schlusse einer pathologischen Veränderung des Rückenmarks, sondern sie hängen anscheinend mit physiologischen Degenerationsvorgängen der Nervenfasern zusammen. Sicherlich beweisen Z.s Untersuchungen, daß die schwarzen Körnungen, wie man sie bei der Marchifärbung im scheinbar normalen Nervensystem findet, nicht „Methodenfehler" darstellen, sondern in ihrem Auftreten und ihrer Verteilung an bestimmte, uns freilich noch unerklärte Gesetze gebunden sind. Grätzer.

Durando Durante, Über einen Fall von Adipositas dolorosa bei einem 9jährigen Mädchen. (La Pediatria. Juli 1904.) Das Körpergewicht des Kindes betrug bei einer Länge von 96 cm 43 Pfund. Es bestand auch bei leiser Berührung Schmerzhaftigkeit besonders an den Hüften und Beinen. Die elektrische Reaktion war normal, die Erregbarkeit etwas erhöht, der Reflexbogen erhalten. Die Reflexe waren gesteigert. Die Adipositas ließ Hände, Füße und Gesicht frei, so daß man dem Kind, wenn es bekleidet war, nichts ansah. Ferner bestand typische Asthenie; das Kind war allmählich schwächer geworden und konnte sich nicht mehr bewegen und auf den Beinen halten. Ein sehr auffallendes Phänomen war in diesem Fall, daß die Kranke fast erblindet war; die ophthalmoskopische Untersuchung ergab eine Opticusatrophie. In Anbetracht des langsamen progressiven Verlaufs, des Vorhandenseins von heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen glaubt Verf. an einen Gehirntumor, der auch das Chiasma nervi optici in sich greift, und zwar ist er geneigt, als Sitz für die Neubildung der Glandula pituitaria anzunehmen. F.

Max Blumenthal, Seröse Meningitis und Lumbalpunktion. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 39. Heft 1 u. 2.) Bei einem 8jährigen Knaben mit ausgesprochenen Zeichen überstandener Rachitis traten 3 Wochen nach einem schweren Sturz auf den Hinterkopf zweitägiges Erbrechen und anhaltender vehementer Kopfschmerz auf. Als Verf. das Kind sah (4 Wochen nach dem Trauma), war die Herzaktion regelmäßig. Puls frequent und regelmäßig. Temperatur nicht erhöht, Pupillenreaktion vorhanden. Patellarreflexe sehr deutlich. Keine Spasmen. Nacken wird steif gehalten. Kind schreit beständig unter heftigen Kopfschmerzen. Lumbalpunktion, schnelles Abfließen von 40 g seröser Flüssigkeit. Danach Besserung. Nach 14 Tagen Rückkehr der Kopfschmerzen mit derselben Heftigkeit. Lumbalpunktion: Entleerung von 100 g wenig getrübter, steriler Flüssigkeit unter

hohem Druck. Danach Verschwinden der Schmerzen, völlige Genesung. Augenhintergrund nachträglich normal befunden. Verf. bespricht die verschiedenen Entstehungsmöglichkeiten seines Falles und neigt zu der Annahme, daß durch das Trauma eine akute Exazerbation des chronichen Hydrocephalus hervorgerufen worden sei. Der Fall bestätigt die Erfahrungen von A. Fränkel, Goldscheider, Quincke, Oppenheim, Krönig, Lenhartz usw., daß bei akuter seröser Meningitis die Lumbalpunktion von Nutzen sein kann.

Hutzler (München).

Morris Manges, Intraspinal Injection of Lysol in Cerebrospinal Meningitis. (Pediatrics. Juni 1904.) Verf. berichtet über 3 Fälle von Cerebrospinal-Meningitis, welche mit intraspinalen Einspritzungen von Lysol behandelt wurden. Diese Methode rührt von Seager her und besteht in der teilweisen Entleerung des Kanals mittels Lumbalpunktion, worauf dann eine 1 %ige sterile Lysollösung durch die Kanüle eingeführt wird. Man spritzt Kindern 3—9 ccm, Erwachsenen 12—15 ccm von dieser Lösung ein. Die Resultate sind bisher sehr ermutigend ausgefallen.

Von den 3 Fällen, über die M. verfügt, waren zwei durch virulente Streptokokken bedingt, der dritte durch den Meningokokkus. Da Streptokokkus-Meningitis in der Regel einen sehr schweren Verlauf nimmt, sind Heilungen für den Wert der Behandlungsmethode wohl beweisend. Alle 3 Fälle (2 Kinder und 1 Erwachsener) sind vollständig gesund geworden.

Die Lysoleinspritzungen können täglich gemacht werden, bis die Punktionsflüssigkeit klar herausläuft. Leo Jacobi (New York).

G. W. Squires, A new Sign of Basilar Meningitis. (Medical Record. 26. März 1904.) Schilderung eines angeblich neuen und für tuberkulöse Meningitis charakteristischen Phänomens. Es handelt sich nämlich um eine rhythmische Erweiterung und Verengerung der Pupille. Zieht man den Kopf des Kindes zurück, so erweitern sich beide Pupillen, um bei der Flexion des Kopfes eng zu werden.

Das Zeichen soll schon in den ersten Tagen der Krankheit (vierten oder fünften Tag) auftreten. Leo Jacobi (New York).

A. M. Lewin, Über die Bedeutung des Kernigschen Phänomens für die Diagnose der Meningitis. (Russky Wratsch. 1904. No. 38.) Unter 29 Fällen von unzweifelhafter Meningitis fand Autor das Kernigsche Phänomen 21 mal, und zwar in 17 Fällen von epidemischer Zerebrospinalmeningitis, in 3 Fällen von tuberkulöser Meningitis und in einem Falle von Gehirnhautentzündung, welche sich zu einer Influenzapneumonie hinzugesellt hatte. 8 mal wurde das Kernigsche Symptom vermißt, und zwar in 3 Fällen von tuberkulöser Meningitis bei Kindern, in 3 Fällen von Gehirnhautentzündung otogenen Ursprungs, in einem Falle, wo die Meningitis als prämortale Komplikation eines Abdominaltyphus auftrat, und in einem Falle von Meningitis, wo noch Scharlachnephritis, Lungenentzündung und eitrige Otitis media vorlagen. Demnach wurde das Kernigsche Phänomen in 72,4 % der Fälle beobachtet. In praktischer Beziehung äußerst wichtig ist die Tatsache, daß die Kernig-

sche Flexionskontraktur der Kniegelenke bei Meningitis, insbesondere bei der epidemischen zerebrospinalen Form, sehr frühzeitig — am ersten und zweiten Krankheitstage — auftritt und andererseits sehr spät verschwindet. Eine schwache Andeutung des Kernigschen Symptoms ist allerdings auch bei Gesunden, besonders bei sogenannten nervösen Personen zu finden; eine deutlich ausgesprochene Flexionskontraktur konnte jedoch in den zahlreichen Untersuchungen des Verfs. kein einziges Mal nachgewiesen werden, sogar nicht beim Vorhandensein von Gehirn-, sogenannten meningealen Erscheinungen. Allerdings spricht das Fehlen dieses Phänomens nicht mit Entschiedenheit gegen die Annahme einer Meningitis. Ist es jedoch vorhanden, so ist das Vorliegen einer Gehirnhautentzündung außerordentlich wahrscheinlich, selbst wenn einige Grundsymptome dieser Krankheit fehlen sollten. Für solche nicht deutlich ausgeprägte Fälle — formes frustes —, sowie für Fälle von Meningitis fulminans s. siderans gewinnt das Kernigsche Phänomen eine enorm diagnostische Bedeutung. Mit gleichem Nutzen ist es verwertbar für die Diagnose von Gehirnentzündungen, welche als Komplikation von akuten Infektionskrankheiten sich einstellen. A. Dworetzky (Moskau).

C. Hegler und **E. Helber,** Ein Fall von akuter einfacher Meningoencephalitis. (Deutsches Arch. f. klin. Medic. Bd. 82. Heft 1—2. 1904). Ein 16jähriges Mädchen erkrankte akut unter den Symptomen eines Meningotyphus; da der objektive Befund und der negative Ausfall der Widalschen Reaktion bald Typhus ausschließen ließ, wurde eine tuberkulöse Meningitis angenommen. Nach 3 Wochen exitus letalis.

Makroskopisch konnte weder von seiten des Gehirns noch der Hirnhäute eine Erklärung für das Krankheitsbild gefunden werden, insbesondere fehlte auch vermehrte Exsudatflüssigkeit in den Ventrikeln.

Erst die mikroskopische Untersuchung ergab eine als anatomisches Substrat in den verschiedensten Teilen der Großhirnrinde gleichmäßig intensiv ausgebildete, ohne entzündliche Exsudation verlaufende akute Meningoencephalitis. Die Entzündung ging hauptsächlich vom Gefäßapparat aus, während parenchymatöse Veränderungen an Ganglienzellen, Nervenfasern oder Gliagewebe fehlten.

Mit steril entnommener Subarachnoidealflüssigkeit beschickte Agarplatten blieben steril.

Auffallend war in dem Falle der stark hervorgetretene Gegensatz zwischen der Schwere der klinischen Symptome und dem geringen, ja negativen makroskopischen Sektionsbefund.

Der Fall gleicht den von P. Schultze als Encephalomyelitis simplex beschriebenen Krankheitsbildern. Starck (Heidelberg).

Giovanni Zanetti, Das Chvosteksche Phänomen. (La Pediatria. IV. 1904.) Verf. hat 900 Kinder auf das Vorhandensein des Facialisphänomens untersucht. Nur ausnahmsweise fand sich dasselbe und zwar bei schweren Affektionen des Nervensystems wie Chorea, Hysterie, Epilepsie, Hydrocephalus, Paralyse, Meningitis usw. oder

bei Kindern, die körperlich sehr heruntergekommen waren. Bei 328 rachitischen Kindern fand sich das Phänomen 26 mal (7,92 %).

Sein Vorhandensein in diesen Fällen stand in keinem Verhältnis zur Schwere der Rachitis. Von diesen 26 Kindern waren sieben, die auch allgemeine Konvulsionen, und fünf, die auch Laryngospasmus gehabt hatten. Bei den 572 nicht rachitischen Kindern fand sich das Facialisphänomen in einem Prozentsatz von 3,12 % der Fälle. Von diesen 18 Kindern zeigten sechs Zeichen manifester Tuberkulose.

Das Phänomen tritt am häufigsten in den ersten beiden Lebensjahren auf, nur in 19 Fällen handelte es sich um Kinder über 4 Jahre. F.

Giovanni Berti, Kataleptoide Haltung infolge Rindeninsuffizienz bei einem 9jährigen Mädchen. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1904.) Verf. faßt den Fall, den er ausführlich schildert, als einen solchen von symptomatischer Katalepsie im Sinne von Brissaud, also unabhängig von Hysterie oder dergleichen auf; in diesem Sinn ist die Katalepsie als letztes motorisches Symptom einer Herabsetzung der Rindenfunktion aufzufassen. In vorliegendem Fall ist die Katalepsie mit aller Wahrscheinlichkeit als Folge einer voraufgegangenen Typhusinfektion aufzufassen. Der kataleptoide Zustand dauerte ungefähr 4 Tage an; mit dem raschen Verschwinden desselben würde die chemische Theorie vielmehr als die anatomische übereinstimmen. F.

Kurt Mendel, Zur Paralyse-, Tabes-, Syphilisfrage. (Zwei Fälle von juveniler Paralyse, ein Fall von später Tabes.) (Neurol. Centr. 1905. No. 1.) Fall I. 10 Jahre alter Knabe. 3 Tage nach Geburt bläschenförmiger Ausschlag. 4 Wochen später beulenförmiger Ausschlag. Im ersten Lebensjahr wurde wahrscheinlich für kurze Zeit eine Kur mit grauer Salbe angewandt. Im zweiten Lebensjahre Oberschenkelbruch, als sich Pat., an einem Stuhl stehend, umdrehen wollte und hierbei hinfiel. Mit 6 Jahren kam Pat. in die Schule, wo er zunächst sehr gut mitkam. Seit dem neunten Lebensjahre Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, Verschlechterung der Sprache. Pat. mußte schließlich aus der Schule herausgenommen werden, da er durchaus nicht mehr mitkam.

Die Untersuchung ergab das typische Bild einer progressiven Paralyse (Intelligenzschwäche, Silbenstolpern, Pupillenstarre, Facialisdifferenz, Romberg, lebhafte, ungleiche Patellarreflexe, Patellarklonus, Hypalgesie, Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis).

Bezüglich der Eltern ergab Anamnese und persönliche Untersuchung folgendes:

a) Der Vater hatte 8 Tage vor seiner Hochzeit Verkehr mit einer Puella publica, 8 Tage nach der Hochzeit mehrere Bläschen an der Vorhaut und 8 Tage später Phimose. Auf ärztlichen Rat hin machte er eine Schmierkur, er verkehrte dann $1^1/_2$ Jahre lang gar nicht mehr mit seiner Frau. Die Konzeption des Pat. müsse innerhalb der ersten 8 Tage nach der Hochzeit erfolgt sein, die Geburt erfolgte 8 Monate nach der Hochzeit. Der

Vater bekam als Sekundärerscheinungen eine Halsaffektion. Gegenwärtig besteht bei demselben eine typische Tabes.

b) Die Mutter des Pat. will von ihrem Manne nach der Hochzeit angesteckt worden sein, sie mußte damals die gleiche Kur wie ihr Mann gebrauchen, hatte auch Halsbeschwerden. Kein Abort. Pat. sei ihr einziges Kind. Seit etwa 8 Jahren habe sie Schmerzen in den Beinen, die zuweilen blitzartiger Natur seien. Der objektive Befund bei der Mutter ist völlig negativ.

Also: 10 jähriger Paralytiker, dessen Eltern beide Syphilis hatten, dessen Vater jetzt an Tabes leidet.

Fall II. 17 jähriger Jüngling, der das typische Bild der Taboparalyse darbietet. Bis zum zehnten Jahre entwickelte er sich normal, dann Gedächtnisschwäche, Bettnässen, Sprechbeschwerden. Im 16. Jahre apoplektiformer Anfall mit rechtsseitiger Lähmung. Pat. stammt aus zweiter Ehe; der erste Mann der Mutter war syphilitisch, die Mutter, die jetzt gesund erscheint, steckte den zweiten Mann an; aus erster Ehe der Mutter 2 Aborte, 2 Partus, aus zweiter Ehe ein gesunder Sohn, dann 2 Aborte, dann Pat. mit Taboparalyse.

Fall III. Im Alter von 67 Jahren erste Erscheinungen der Tabes bei einem Mann, der im 52. Lebensjahre Lues akquirierte. Der ausnahmsweise spät erworbenen Syphilis entspricht also eine ausnahmsweise spät einsetzende Tabes.

Die 3 Fälle sprechen für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Paralyse bezw. Tabes und Syphilis. **Autoreferat.**

M. Nonne, Ein neuer Fall von familiärem Auftreten von Tabes dorsalis und Dementia paralytica. (Fortschr. der Medizin. 1904. No. 28.) Fall I. 12 jähriger Knabe, schwer idiotisch. Pupillen stark mydriatisch, r. > l., lichtstarr, schwache Reaktion auf Konvergenz, lebhafte Sehnenreflexe, am Augengrund „für hereditäre Syphilis charakteristische Pigmentbestäubung“. — Anamnese: Vater gesund, hatte nie Lues. Mutter hatte zuerst einen Abort, dann Geburt eines totfaulen Kindes im achten Monat, das dritte Kind war der erwähnte Pat. mit den Paralysesymptomen, das vierte, ein jetzt 10 jähriges schwer imbecilles, seit 2 Jahren an Epilepsie leidendes Mädchen mit Mydriasis, Anisocorie, Pupillenstarre, Westphalschem Zeichen, Iritis und Chorioiditis syphilitica hereditaria, schließlich fand noch eine Frühgeburt eines in utero abgestorbenen Kindes statt. Die Mutter litt seit 10 Jahren an lanzinierenden Schmerzen und bot das typische Bild der Tabes. 4 Jahre vor ihrer Verheiratung hatte sie ein jetzt völlig gesundes Mädchen geboren, 2 Jahre vor ihrer Verheiratung hatte sie einen einmaligen sexuellen Verkehr mit einem nachweislich frischsyphilitisch erkrankten Mann gehabt.

Fall II. 14 jähriges Mädchen, schwer idiotisch, Pupillendifferenz und Pupillenstarre, artikulatorische Sprachstörung, lebhafte Reflexe. Die Diagnose „progressive Paralyse“ wurde durch die Sektion, die außerdem eine exquisite Endarteriitis proliferans (Heubner) darbot, bestätigt. — Anamnese: Vater litt an Paralyse, er hatte sich während seiner Verlöbniszeit syphilitisch infiziert und infizierte seine Braut dann mit Lippenschanker, dem ein sekundäres Exanthem folgte. Vor dem erwähnten Kind ein Abort und zwei Frühgeburten.

Die Syphilis ist eben das wichtigste unter den ätiologischen Momenten der Tabes und der Dementia paralytica. Kurt Mendel.

Ennio Lorenzelli, Eine Epidemie von Paralysis infantilis. (La Pediatria. Juni 1904.) Im Ambulatorium des Kinderkrankenhauses in Parma kamen in den Monaten März bis Mitte September 26 Fälle von Kinderlähmung zur Beobachtung, während die Zahl der Fälle in den entsprechenden Monaten der vorhergehenden beiden Jahre bei ungefähr gleich großem Krankenmaterial 3 bezw. 7 betragen hatte. Alle Fälle stammten aus Parma bezw. einigen Vororten. Das Alter der Kinder schwankte von 6 Monaten bis 8 Jahren. In allen Fällen war der Beginn der Krankheit ein fieberhafter. F.

C. Parhon und **I. Papinian** (Bukarest), Anatomisch-pathologische Studie über einen Fall von infantiler Lähmung vom Gesichtspunkte der Topographie der atrophischen Muskeln und der medullaren Lokalisationen. (Spitalul. 1904. No. 21 u. 22.) Die Verff. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zum Schlusse, daß die Lähmung nicht alle Muskeln befällt, die von einer Wurzel des kranken Abschnittes innerviert werden. Dieselbe ist nicht immer auf ein abgegrenztes radikuläres Gebiet beschränkt. Die Untersuchungen Marinescus erlauben den Schluß, daß die Begriffe Wurzel und Segment sich nicht immer decken und daß oft ein und dieselbe Wurzel ihre Fasern aus mehreren Segmenten bezieht. Bei dieser Gelegenheit konnten auch die Zentren verschiedener Beinmuskeln im Rückenmarke festgestellt werden. E. Toff (Braila).

Wachsmuth, Beiträge zur zerebralen Kinderlähmung. (Arch. f. Psych. XXXVIII. Heft 3.) Fall I. Idiotie mit Epilepsie. Hypoplasie der rechten Kopfhälfte. Entwicklungshemmung des Gehirns. Mikrogyrie. Hypoplasie des Rückenmarks. Hypoplasie des Herzens.

Fall II. Idiotie mit Epilepsie. Zwergwuchs. „Zerebrale Kinderlähmung ohne Lähmung."

Fall III. Idiotie mit Epilepsie. Situs inversus. Angeborener Herzfehler. Hemianopsie.

Fall IV. Rechtsseitige Lähmung und Hemiatrophie mit Athetose. Keine nachweisbare Epilepsie. Delirium tremens.

Fall V. Idiotie mit Epilepsie.

Verf. hat — wie Bourneville — beobachten können, daß die Epilepsie der zerebralen Kinderlähmung zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre erlischt. Ferner konnte er feststellen — wie König —, daß es einen Unterschied zwischen der bei der zerebralen Kinderlähmung und der bei der Idiotie auftretenden Epilepsie nicht gibt. Der Behauptung Wuillamiers, daß die zerebral Gelähmten sich im Anfall nicht auf die Zunge beißen und auch keine Zungennarben haben, tritt Verf. auf Grund seiner Beobachtungen entgegen, hingegen fand auch Verf., daß bei den Anfällen weder Blut noch Schaum vor den Mund tritt, daß die stertoröse Phase fehlt oder höchstens angedeutet ist. Auch scheinen die unwillkürlichen Entleerungen durchgehends zu fehlen. Hingegen ist für diese Art der Epilepsie charak-

teristisch das brüske Einsetzen des Anfalls, mitten aus einer Beschäftigung heraus, ohne Aura, und der unvermittelte Übergang zum Bewußtsein, oft die Wiederaufnahme der betreffenden Beschäftigung ohne die geringste Ahnung von dem stattgehabten Anfall. Letzteres kann forensisch von Wichtigkeit sein. Neigungen zu verkehrten Handlungen wurden nicht allzu selten beobachtet.

Die Epilepsie der zerebralen Kinderlähmung ist wesentlich verschieden von der genuinen Epilepsie. Kurt Mendel (Berlin).

A. B. Szabó, Eine neue Methode der Epilepsiebehandlung. (Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904. No. 39.) Verf. empfiehlt zur Behandlung der Epilepsie die Kombination von Brom mit Roborantien oder Stimulantien. Er wendet folgende 2 Rezepte an:

1. Rp.	Spec. lignor		40,0— 60,0
	Fol. Senn.		20,0— 30,0
	F. decoct.-infus.		350,0
	Sacch. pulv.		200,0—500.0
	Kal. brom. / Natr. „	āā	50,0—100,0
	Ammon. brom.		25,0— 50,0
	Liq. a. Fowl.		5,0— 15,0
	Vin. malag.		150,0—250,0
	Aq. menth. ptt. q. s. ut f. sol. ccm 1000.		
2. Rp.	Aq. dest. / Sacch. p.	āā	400,0
	Kal. brom. / Natr. „	āā	50,0—100,0
	Ammon. „ / Sal. Seignett.	āā	25,0— 50,0
	Liq. a. Fowler.		5,0— 15,0
	Tinct. ferr. pomat.		50,0—100,0
	Vin. malag.		150,0—250,0
	Aq. m. pt. q. s. ut f. sol. ccm 1000		

Von diesen Mixturen gibt Verf. 3 mal tägl. 10—15 ccm. Er bewirkt durch dieselben „prompte Sistierung der epileptischen Anfälle, auffallende Besserung der Psyche und entschiedene Hebung des allgemeinen Kräftezustandes.“ Kurt Mendel.

Julius Donath, Die Bedeutung des Cholins in der Epilepsie. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXVII. Heft 1 u. 2.) Aus den Versuchen D. ergibt sich, daß sowohl das Cholin wie das Neurin eine eminent krampferzeugende Wirkung hat. Das Cholin bildet in der Zerebrospinalflüssigkeit Epileptischer einen ebenso positiven Befund wie bei Zerstörungsprozessen des Nervensystems; es ist ihm eine hervorragende Rolle in der Auslösung des epileptischen Krampfanfalles zuzuerkennen, zumal die Hirnrinde Epileptischer von vornherein auf eine niedrigere Reizschwelle eingestellt ist, sei es infolge hyperämischer, chronisch entzündlicher oder hypoplastischer Prozesse.

Wahrscheinlich werden nach Verf. auch die epileptiformen Anfälle bei der progressiven Paralyse vornehmlich durch das Cholin, in Verbindung mit der erhöhten Reizbarkeit der hyperämisierten Hirnrinde, bewirkt.

Bei der Krampferzeugung können neben dem Cholin auch andere

Stoffwechselprodukte, wie namentlich das Ammoniak und das Kreatinin, gleichfalls eine Rolle spielen.

Skoczyński (s. Neurol. Centr. 1905. No. 1. S. 40) fand das Cholin in der Zerebrospinalflüssigkeit am häufigsten bei progressiver Paralyse, aber auch nicht selten bei Epilepsie, als besonders bei Krankheiten, bei denen auch sonst ein Zerfall des Nervengewebes nachgewiesen ist. Kurt Mendel.

Heinrich Gerhartz jr., Zur Blutserumbehandlung der Epilepsie. (Neurol. Centr. 1904. No. 18.) Ceni (Centr. f. Nervenh. u. Psych. XXV. 1902 und Neur. Centr. 1903. S. 339) vertritt auf Grund seiner Untersuchungen an Kranken und Tieren die Ansicht, daß im Blute der Epileptiker zweierlei Stoffe sich befinden, von denen der eine toxische Wirkungen äußert, der andere ein antitoxischer, therapeutisch wirksamer ist. Die therapeutischen Kräfte werden in dem Momente frei, in dem das Blut den Organismus verlassen hat und gerinnt. Von diesen Stoffen zeigt die antizytotoxische Substanz eine viel bedeutendere Wirksamkeit für den Organismus des Epileptikers, der sie produziert, als für einen anderen. Demgemäß injizierte Ceni seinen Epileptikern teils ihr eigenes, teils das Serum anderer Epileptiker. G. verfuhr nun in gleicher Weise bei zwei Epileptikern, jeder derselben erhielt zehn Injektionen. Nach der Einspritzung des Serums fand sich im Blute eine Vermehrung der polynukleären Leukozyten und der Übergangsformen auf Kosten der kleinen und großen mononukleären und eosinophilen Zellen.

In beiden Fällen hatte jedes mal dasjenige Serum den günstigsten Erfolg, das möglichst bald dem nach einem schweren Anfalle entzogenen Blute entnommen wurde und das von einem anderen Epileptiker herrührte.

Ein eingreifender und bleibender Einfluß auf die Zahl und Schwere der Anfälle konnte bei beiden Kranken weder während der Injektionszeit noch nachher konstatiert werden. Die Behandlung ließ aber keinerlei Gefahren erkennen, eine Vermehrung der Anfälle wurde trotz Aussetzens von Brom nicht beobachtet, so daß die Blutserumtherapie wohl als Ersatz für das Brom gelten kann. Vielleicht ist die Ursache hierfür in dem Bromgehalt des Serums zu suchen.

Jedenfalls empfiehlt Verf. Nachprüfungen mit der Behandlungsmethode an einem größeren Materiale. Kurt Mendel.

W. Weygandt, Epileptische Schulkinder. (Psych.-neur. Woch. 1904. No. 27—29.) Verf. kommt zu dem Schlusse, daß angesichts der mannigfaltigen Erscheinungsweise der Epilepsie im kindlichen Alter eine Absonderung des Unterrichts für alle epileptischen Schulkinder nicht am Platze ist. Es empfiehlt sich vielmehr eine Individualisierung, indem geistig Defekte in Idiotenanstalten oder Hilfsschulen, sozial Bedenkliche in die Fürsorgeerziehung gehören. Kinder mit gehäuften Anfällen und im status epilept. müssen in rein ärztliche Behandlung gegeben werden, Kinder mit nur vereinzelten Symptomen können in der Normalschule unter Überwachung eines entsprechend informierten Lehrers verbleiben. Kurt Mendel.

Kiefer, Hygienische und psychologische Bedenken der körperlichen Züchtigungen bei Kindern. (Kinderfehler, Zeitschrift für Kinderforschung. 9. Jhrg. 4. Heft.) Der Verf. macht auf die nachteiligen Folgen der Prügelstrafe sowohl auf die Gezüchtigten wie auf die Zuschauer aufmerksam und hebt besonders die Wirkung auf die sexuelle Sphäre hervor. Er sieht eine häufige Ursache der Onanie in der Reizung des Geschlechtstriebes durch Züchtigung auf das Gesäß. Auch in den Kindern, die einem solchen Akte der Grausamkeit Zuschauer sein müssen, entstehen verderbliche Wirkungen: ihr Grausamkeitstrieb wird rege, sie werden in ihrem feineren Empfinden abgestumpft, die Schadenfreude wird erweckt, auch soll der Anblick sexuelle Empfindungen auslösen. Verf. verlangt daher Verbot aller Züchtigungen während des Unterrichts oder in Anwesenheit anderer, Aufsparen der Züchtigung für ganz seltene Fälle von sittlicher Verkommenheit, niemals allerdings als Strafe gegen sogenannte „Unsittlichkeiten“ d. h. gegen sexuelle Laster und niemals bei Knaben, die notorisch der Onanie huldigen und die in besonderen Anstalten mit strenger Körperarbeit im Freien u. dergl. untergebracht werden müßten; dann aber auch viel energischeres Vorgehen der Gerichte gegen jede auch nur geringe Überschreitung des Züchtigungsrechtes und unwiderrufliche Absetzung solcher Lehrer. Auch die Eltern sollen von der Prügelstrafe vorsichtigen Gebrauch machen und ihre Kinder durch andere Mittel zu brauchbaren Menschen erziehen.

P. Maas (Aachen).

Oppenheimer, Über die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. (Kinderfehler. Ztschrft. f. Kinderforschung 9. Jhrg. Heft 1.) Als erste Merkmale der Nervosität spielen die Stimmungsanomalien und abnormen Gemütsreaktionen eine wesentliche Rolle. Die Art der Gemütsreaktion kann eine krankhafte sein, 1. der Intensität nach, indem leichte Reize unverhältnismäßig starke Gefühlsausbrüche auslösen, 2. der Dauer nach, indem die durch einen Eindruck erzeugte Gemütsreaktion übermäßig lange haften bleibt oder aber sehr kurz haftet und einen rapiden Wechsel zeigt. Man kann ferner von einer perversen oder paradoxen Gemütsreaktion sprechen, wenn Eindrücke, die bei normalen Kindern ein Lustgefühl hervorbringen, eine lebhafte Unlustreaktion erzeugen. Der krankhafte Charakter der Gemütsreaktion offenbart sich ferner sehr deutlich dadurch, daß sie Erscheinungen hervorbringt, die dem normalen Kinde fremd sind, z. B. Steigerung des Lachens und Weinens zum Lach- und Weinkrampf, Eintritt von Ohnmacht bei lebhaften Sinnesreizen, vasomotorische Störungen usw. Die abnorme Reizbarkeit zeigt sich besonders in der Schreckhaftigkeit. Von den Seelenstörungen, die sich auf dem Boden der Neurasthenie und Hysterie im Kindesalter entwickeln können, erwähnt Verf. nur die sogenannten halluzinatorischen Delirien, denen ebhafte Sinnestäuschungen und eine illussionäre Verkennung der lUmgebung zugrunde liegen. Neurasthenische Schlaflosigkeit und Schlafstörungen (große Bewegungsunruhe, lebhaftes Träumen mit Aufschreien, Aufschrecken, Nachtwandeln) gehören namentlich in der zweiten Kindheit zu den nicht seltenen Erscheinungen. Auf dem Boden der neuropathischen und psychopathischen Diathese entstehen die sogenannten

Phobien und Zwangsvorstellungen. Hierzu gehören krankhafte Angst vor gewissen Tieren, Nahrungsidiosynkrasien, Monophobie, Schmutzberührungsangst, Waschsucht usw. Zum Teil eng an die Zwangszustände schließen sich die motorischen Reizerscheinungen oder psychomotorischen Vorgänge an. Die wichtigsten sind die sogenannten Tics. Auf dem Grenzgebiet zwischen den sogenannten schlechten Gewohnheiten und dem Tic fanden sich noch eine Reihe von Störungen, die zumeist schon einen neuropathischen Charakter haben, z. B. Nägelkauen, Haarpflücken, Abzupfen der Haut u. dergl. Als besonders charakteristische Merkmale der Nervosität sind die vasomotorischen Störungen anzusehen, dazu gehören Kältegefühl an Händen und Füßen, ausgesprochene Neigung zu bläulich-roter Verfärbung, leichter Wechsel der Gesichtsfarbe. Auf derselben Grundlage kann sich die Neigung zu Ohnmachten entwickeln. Weiter findet man abnorme Reizbarkeit des Brechzentrums und Hyperästhesie der Gleichgewichtszentren. Die abnormen Erscheinungen in der sensiblen und sensorischen Sphäre bestehen in Kopfschmerz, nervösem Rückenschmerz, Hyperästhesien der Hör- und Sehnerven. Besonders macht Verf. auf die Hyperästhesie der Nägel und Kopfhaare aufmerksam. Der Verdauungsapparat, ebenso die Urogenitalsphäre (Bettnässen, unfreiwilliger Harn- und Stuhlabgang) sind oft Ausgangs- und Ansiedelungsort nervöser Beschwerden.

P. Maas (Aachen).

Trüper, Psychopathische Minderwertigkeiten als Ursache von Gesetzesverletzungen Jugendlicher. (Kinderfehler, Zeitschr. f. Kinderforschung. 9. Jhrg. Heft 3, 4, 5.) Der Verf. kommt auf Grund seiner Darlegung zu folgenden Resultaten:

1. Es gibt abnorme Erscheinungen im Seelenleben der Jugend, die nicht unter die Rechtsbegriffe „Unzurechnungsfähigkeit und Geistesschwäche" fallen, die aber doch pathologischer Natur sind und bei manchen zu Gesetzesverletzungen führen, ja unbewußt drängen.

2. Diese Zustände entwickeln sich in vielen Fällen erst allmählich aus kleinen Anfängen. Werden dieselben rechtzeitig erkannt und zweckentsprechend in der Erziehung der Kinder berücksichtigt, so können dadurch viele jugendliche Gesetzesübertretungen verhütet werden.

3. Es ist darum im öffentlichen Interesse dringend erwünscht, daß Lehrer, Schulärzte, Seelsorger und Strafrichter sich mehr als bisher dem Studium der Entwicklung der Kindesseele und ihrer Eigenarten widmen. Namentlich ist es notwendig, daß an den Universitäten in Verbindung mit pädagogischen Seminarien Vorlesungen über Psychologie und Psychiatrie des Jugendalters gehalten werden und daß in den Volksschullehrerseminarien die künftigen Lehrer Anleitung zum Beobachten des kindlichen Seelenlebens erhalten.

4. In allen Schulen ist mehr als bisher der Erziehung des Gefühls und Willenslebens Rechnung zu tragen und der einseitigen intellektuellen Überlastung vorzubeugen.

5. Bevor jugendliche Individuen wegen Gesetzesverletzung öffentlich vor den Strafrichter gestellt werden, sollten sie zunächst einem Jugendgericht, bestehend aus dem Lehrer des betreffenden Kindes, dem Leiter der betreffenden Schule, dem Schularzte, dem Geistlichen

und dem Vormundschaftsrichter überwiesen werden. Erst auf Beschluß dieses Jugendgerichtes sollte gegen Jugendliche ein öffentliches Verfahren eingeleitet werden.

6. Statt oder neben der Strafe als Sühne oder der bloßen Einsperrung zum Schutze der Gesellschaft gegen die Übeltäter sollte in besonderen Anstalten von besonders vorgebildeten Pädagogen unter medizinisch-psychiatrischem Beirate geleitet, eine für Leib und Seele sorgfältig erwogene Heilerziehung Platz greifen. Die Fürsorgegesetze tragen bisher diesen Anforderungen nicht genügend Rechnung.

P. Maas (Aachen).

Hussey, On night-terrors and sleep walking. (Brit. journ. of children diseases. 1904. S. 396.) H. teilt seine Beobachtungen über nächtliches Aufschrecken und Schlafwandel mit, die er als Lehrer eines Instituts zu machen Gelegenheit hatte. Zum kurzen Referat nicht geeignet.

Schreiber (Göttingen).

Périer, Le surmenage infantile. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. Bd. 7. S. 1.) Der Aufsatz P.s beschäftigt sich mit Betrachtungen über die Überbürdung höherer Anstalten in Paris und hat dementsprechend fast nur lokales Interesse.

Schreiber (Göttingen).

W. P. Northrup, Nervous Exhaustion in Infants. (Archives of Pediatrics. Januar 1905.) Ein Mahnwort für Ärzte und Eltern. Der Säugling braucht viel Ruhe. Dagegen sieht man allzu häufig, wie unwissende oder eitle Eltern ihr Kind beständig zum Spielen aufmuntern, seine Aufmerksamkeit künstlich reizen, es immer zur Schau tragen. Aus dieser fortwährenden Erregung des zarten Nervensystems entsteht reizbare Schwäche, gefolgt von Schlaf- und Verdauungsstörungen, von Abmagerung und Erschöpfung. Das Kind wird dann auf ein Magenleiden oder dergl. hin behandelt und die Ursachen des Übels wirken inzwischen weiter fort, bis der Zusammenbruch da ist.

Man braucht nur an diese Erschöpfung zu denken, um sie oft zu erkennen. Ebenso selbstverständlich ist die natürliche Behandlung.

Auch im späteren Kindesalter entstehen solche nervöse Zustände durch Überanstrengung in der Schule, durch Neckereien seitens älterer Geschwister usw.

Das Nervensystem wird eben zu früh und zu energisch in Anspruch genommen.

Leo Jacobi (New York).

G. Anton (Graz), Über Nerven- und Geisteserkrankungen in der Zeit der Geschlechtsreife. (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 44.) A. gibt seine Erfahrungen in dem betreffenden Gebiete zum Besten und skizziert zum Schlusse auch die Behandlung. Bei dieser spielen zweckmäßige Ernährungskuren und Muskelübungen, Wechsel der Arbeit, Wechsel des Klimas (besonders heilsam Höhenklima mit freiem Zutritt der Sonne), Entfernung aus der Familie, Schwitzkuren usw. eine Hauptrolle.

Grätzer.

R. Hopf, Der systematische Handfertigkeitsunterricht, ein Glied ärztlicher Therapie in Idiotenanstalten. (Psych.-neur. Wochenschrift. 1904. No. 15.) Verf. lobt den wertvollen Einfluß

des Werkunterrichts auf Geist und Gemüt und seinen Nutzen für die allgemeine Bildung. Für die Schwachsinnigen, die mit Erfolg den Werkunterricht besucht haben, wäre für die Zukunft zu fordern, daß sich als Schluß der Ausbildung ein Fortbildungsunterricht anschließe, der sich mit Zeichnen, aber auch mit abstrakteren Dingen beschäftigen könne.

Vom Werkunterricht ausgeschlossen sind die tiefstehenden, unreinen Idioten. Am besten eignen sich dafür die etwas gedankenflüchtigen, zerstreuten Kinder, ferner sind auch stumpfe und träumerische zu gebrauchen. Besonderen Nutzen brachte der Unterricht denjenigen, die bereits in früher Jugend verbrecherische Neigungen an den Tag gelegt haben und schwachsinnig sind. Bei Leuten mit deutlichen Verstimmungs- und Aufregungszuständen versagte das Mittel.

Kurt Mendel.

W. Weygandt (Würzburg), Idiotie und Schwachsinn im Kindesalter. (Medizin. Klinik. 12. Februar 1905.) W. geht zunächst auf die verschiedenen ätiologischen Momente näher ein und bespricht dann die Symptomatologie, dabei betonend, wie wichtig das frühe Erkennen dieser krankhaften Zustände ist, wie schwierig aber andererseits die Feststellung leichter Abnormitäten sich gestaltet.

Sodann verbreitet er sich über die Therapie. Bei ganz tiefstehenden Kindern kommt nur möglichst hygienische Pflege in Betracht, die Behandlung trägt vorherrschend medizinischen Charakter. Bei den mittleren Graden des Schwachsinns gibt es auch für den Arzt noch viel zu tun, indem verschiedene Störungen ein direktes Eingreifen erheischen. Ein größerer Teil der Behandlung besteht aber in sorgsamer Pflege, und auf jeden Fall soll auch ein Versuch mit Unterricht angestellt werden. Die Versorgungsmöglichkeiten sind ja heutzutage ungemein mannigfach, doch sind leider in Deutschland die ärztlichen Anstalten in der Minderzahl. W. ist sehr für die Verstaatlichung der Idiotenfürsorge. Wenn gefragt wird, ob die Leitung der Anstalten Ärzten oder Pädagogen übertragen werden soll, so müßte wenigstens für die Schwachsinnigen erheblichen Grades dem ärztlichen System der Vorzug gegeben werden. Solche Kinder, die noch soweit gebracht werden können, daß sie sich einigermaßen selbständig durchs Leben schlagen, sollen natürlich in erster Linie pädagogisch versorgt werden. Es existiert jetzt die ausgezeichnete Einrichtung der Hilfsschulen oder Hilfsklassen für solche Kinder. Vorwiegend auf moralischem Gebiete abnorme Kinder müssen in Internaten unterrichtet werden; das ist bereits angebahnt durch das System der staatlichen Fürsorge- und Zwangserziehung, dem freilich ein innigerer Konnex mit den Ärzten zu wünschen wäre. Grätzer.

Noica (Bukarest), Ein Fall von mongolischem Idiotismus. (Spitalul, No. 15 u. 16. 1904.) Der 12jährige Pat. bot das typische Bild der von Bourneville beschriebenen Krankheitsform, genannt mongolischer Idiotismus. Die Hauptcharaktere desselben sind: rudimentäre Intelligenz, indem nur einige Worte ausgesprochen werden und auch diese ohne jeden Sinn. Der Kopf ist klein, der Hinterkopf steil, die Unterlippe dick, der Mund halbgeöffnet, so daß der Speichel

immer abfließt. Die Augen erinnern in Schnitt und Anlage an die der mongolischen Rasse. Fast alle diese Patienten sind lymphatisch und leiden an chronischer Blepharitis. Die Hände und Füße bieten jene Form, die man als Idiotenhand und -fuß bezeichnet, indem die Finger, bezw. Zehen kurz und von der Basis bis zur Spitze von gleichmäßiger Dicke sind. Die Zunge zeigt eine vielfach gekerbte und geriefte Oberfläche, die als „langue nachurée" bezeichnet wird. Die pathologische Anatomie dieser Formen von Idiotismus ist noch nicht mit Bestimmtheit festgestellt, doch glaubt N. auf Grund der Untersuchungen von Philippe und Oberthur, daß es sich um eine spezielle Form von Meningo-encephalitis handle. E. Toff (Braila).

Alf. Hüssy, Über Tremor bei Kindern. (Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Dezember 1904.) H. schildert vier Beobachtungen, welche die spärliche Kasuistik in interessanter Weise bereichern.

Bei den ersten beiden Fällen handelt es sich um etwa 1 Jahr alte Kinder, welche eine Reihe von Erscheinungen gemeinsam darboten. Ungefähr im selben Alter trat unter leichten Fiebererscheinungen ein ziemlich grobschlägiger Tremor auf, der die Muskulatur der Extremitäten und des Halses in ausgiebiger Weise befiel, während die vom Facialis innervierten Muskeln ganz frei blieben. Der Tremor hatte nicht den Charakter eines Intentionstremors. Hemiparesen zeigten sich nicht. Der Tremor trat auf, ohne daß wesentlich akute oder chronische Ernährungsstörungen vor dieser Erkrankung sich geltend machten. Dem Auftreten des Tremors ging im ersten Falle 4 Wochen vorher eine Infektion mit Masern voraus, während im zweiten Falle 14 Tage vorher ein Rezidiv einer Pneumonie mit wenige Tage später hinzutretender Otitis media zu konstatieren war. Bemerkenswert war ferner, daß beim zweiten Falle gerade während der Erkrankung an Masern der Tremor sistierte, ohne nachher wieder aufzutreten. Die Dauer desselben war beim einen ca. 2, beim anderen 3 Monate. Bei beiden sistierte er nur im Schlafe. Aber auch gewisse Unterschiede machten sich im Verlaufe des Leidens bemerkbar. So war beim ersten Falle deutliche Verstärkung der Sehnenreflexe zu konstatieren, während beim zweiten Falle die Reflexe keine Abweichung von der Norm erkennen ließen. Dann trat beim ersten Falle eine gewisse Hemmung der psychischen Entwicklung ein, während beim zweiten die Psyche intakt zu bleiben scheint. Eine bestimmte Diagnose in diesen beiden Fällen zu stellen, ist unmöglich.

Fall 3, welcher ein $2^1/_2$ jähriges, stark rachitisches, körperlich und psychisch sehr schlecht entwickeltes Mädchen betraf, steht wohl der zerebralen Kinderlähmung nahe. Es traten hier in der Rekonvaleszenz nach einer Pneumonie Krämpfe auf, die einige Stunden andauerten; gleichzeitig waren mehrere Tage hohes Fieber und Bewußtlosigkeit vorhanden. Im Anschluß daran trat kurzschlagiger Tremor des linken Armes auf, der nur im Schlafe aufhörte, auch war isolierte Lähmung des Muscul. extensor pollicis zu konstatieren.

Fall 4 ist als Ausdruck einer monosymptomatischen Hysterie zu deuten. Der 12 jährige Schulknabe bekommt, wenn er Gegenstände

in den Händen hat, grobschlägigen Tremor. Derselbe verschwand prompt auf Faradisation.

So sehen wir, daß Tremor bei Kindern die verschiedenartigste Grundlage haben kann. Besonders häufig scheint er aber im Anschluß an Infektionskrankheiten (speziell nach Pneumonie) unter Fiebererscheinungen aufzutreten, analog der so häufigen infektiösen Ätiologie der infantilen Zerebrallähmungen. Zur Erklärung der Tatsache, daß in einzelnen Fällen ein vollständiges Verschwinden der zum Tremor hinzutretenden zerebralen Erscheinungen eintrat, könnte die Annahme genügen, daß die Erscheinungen die Folge der Einwirkung eines nur schwachen infektiösen Agens waren, die keine tiefergehende anatomische Läsion veranlaßte. Auf diese Weise möchte H. seine ersten beiden Fälle deuten, bei Fall 1 hatte sich aber offenbar eine intensivere Schädigung geltend gemacht, ein encephalitischer Herd, bei dem die anatomischen Läsionen eine völlige Restitution nicht mehr gestatteten und eine dauernde Schädigung der Psyche bedingten.

Grätzer.

Fr. Schiffer, Veronal in der Kinderpraxis. (Aus Dr. H. Neumanns Kinderpoliklinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 25.) S. hat Veronal in der Kinderpraxis angewandt, ohne irgendwelche schädliche Nebenwirkungen zu sehen. Es wurde im Säuglingsalter als Hypnotikum und Sedativum in Dosen von 0,025 bis 0,075 g 1—2 mal täglich in warmem Wasser gelöst gegeben und es trat Schlaf von längerer oder kürzerer Dauer, höchstens $^1/_2$ Stunde nach dem Einnehmen auf. Im allgemeinen ist die Schlaflosigkeit und Unruhe in diesem Alter bedingt durch organische Erkrankungen, verbunden mit Fieber und Schmerzen, in welchen Fällen die schlafmachende und beruhigende Wirkung nur in unvollkommener Weise eintrat und von kurzer Dauer war. So bekam ein 7 Monate altes Kind mit Meningitis an drei aufeinanderfolgenden Tagen 0,05 Veronal, worauf es jedesmal 3 Stunden unruhig schlief; eine Steigerung auf 0,075 g verursachte keine längere Ruhe. In einer zweiten Reihe von Fällen wurde Veronal Säuglingen gegeben, die im Abklingen einer Verdauungsstörung sehr unruhig blieben und die ganze Nacht hindurch schrien. Hier bewirkte z. B. bei einem $3^1/_2$ Monate alten Kinde Veronal 0,05 g, in zwei aufeinanderfolgenden Abenden gegen 8 Uhr gegeben, daß es nach $^1/_4$ Stunde einschlief und erst früh um 7 Uhr aufgeweckt werden mußte. In einer dritten Gruppe wurde es Säuglingen gegeben, die an Tetanie mit Konvulsionen litten, 2 mal täglich 0,05 in kurzer Pause mehrere Tage hintereinander; der Erfolg war ein prompter (allerdings wurde auch die Milch fortgelassen). Die Konvulsionen hörten auf und die Kinder schliefen die ganze Nacht. Es würde sich also empfehlen, das Veronal im Säuglingsalter in den Fällen, die zur Gruppe 2 und 3 gehören, anzuwenden, und bei der letzteren Gruppe, eventuell unter Herabsetzung der Dosis, die Medikation so lange fortzusetzen, bis die Anfälle nachgelassen haben. Die einzige Indikation zum früheren Aussetzen wäre andauernde Mattigkeit und Schläfrigkeit. Auch im späteren Kindesalter wurde Veronal angewendet, so z. B. bei einem schlaflosen Mädchen von 11 Jahren einmal zu 0,2 g mit gutem Erfolge, während bei einem anderen erst durch 0,3 längerer

Schlaf herbeigeführt wurde. Im allgemeinen wird vom Veronal im Verhältnis zum Chloralhydrat die Hälfte der Dosis gegeben, die dem betreffenden Alter entsprechen würde. Grätzer.

Aronheim (Gevelsberg), Ein Fall von Simulation epileptischer Krämpfe bei einem 13jährigen Schulknaben. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 10.)

Pat. hatte als 11jähriges Kind einen Anfall von Konvulsionen und Bewußtlosigkeit gehabt, den A. auf einen Bandwurm zurückführte. Derselbe ging auch auf eine entsprechende Kur ab, das vorher schlechte Allgemeinbefinden hob sich wieder. Seit dieser Zeit bekam Pat. weiter Anfälle, die der Beschreibung nach epileptische sein mußten; die Ätiologie blieb ganz dunkel. Jene Anfälle wiederholten sich immer häufiger, der Knabe mußte immer wieder vom Schulbesuche befreit werden; ging er in die Schule, so bekam er dort Anfälle, so daß er wieder zu Haus bleiben mußte. Das ging etwa 2 Jahre lang, bis A. endlich einmal durch Zufall Zeuge eines solchen „Anfalles" wurde. Pat. lag da, mit den Zähnen knirschend, stöhnend, schreiend, trat mit den Füßen gegen das Bettende, schlug mit den Händen rhythmisch auf die Bettdecke, drehte sich nach links und rechts oder krümmte sich nach vorn, blies die Backen auf, hielt aber die Augenlider fest geschlossen. Gesicht nicht blasser wie sonst, nicht zyanotisch. Sämtliche Bewegungen willkürliche, nicht krampfhafte. A. ließ die Lidränder auseinanderziehen und konstatierte promptes Reagieren der Pupillen auf Lichteinfall und normalen Hornhautreflex. Nach einiger Zeit riß der Junge mit lautem Schrei die Augen auf, setzte sich aufrecht und sah verwundert um sich. A. sagte ihm auf den Kopf zu, daß er gesund sei und von jetzt an keinen Anfall mehr haben werde. Ein paar Ohrfeigen des Vaters vervollständigten die Therapie, der Junge blieb von da ab gesund.

Seit dem ersten Anfalle geschont und verwöhnt, hatte der Junge, um vom Schulbesuche dispensiert zu werden, die Krampfanfälle in raffinierter Weise simuliert. Er bot keinerlei Zeichen von Hysterie dar. Der Fall beweist, daß man mit der Diagnose „Epilepsie" sehr vorsichtig sein muß und sich keinesfalls auf die Aussagen verlassen darf, sondern selbst Anfälle beobachten muß. Grätzer.

W. Feilchenfeld (Charlottenburg), Vortäuschung von Myopie bei Schulkindern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 42.) Es kommt nicht selten vor, daß Schulkinder dem Augenarzte vom Schularzte behufs Verschreibung einer Brille zugewiesen werden. Man findet zunächst kaum $\frac{6}{36}$ Visus, untersucht man aber genauer, so entdeckt man, daß gar keine Refraktionsanomalie vorliegt, sondern Emmetropie vorhanden ist. Man verordnet ein unschuldiges Umschlagwasser oder eine nicht reizende Einträuflung, mit der Angabe, daß das schlechte Sehen durch einen Katarrh bedingt war und in kurzer Zeit nach Beseitigung desselben gute Sehkraft geschaffen würde, und tatsächlich ist das Leiden bald behoben. Manchmal allerdings persistieren die Beschwerden hartnäckiger, es ist dann die Diagnose schwieriger, therapeutisch auch stärkere suggestive Beeinflussung der Kinder notwendig, wobei sich ein starker faradischer Strom gut bewährt.

Es handelt sich bei dieser Vorschützung von Myopie, die man am häufigsten bei Mädchen findet, um einen Zustand, der in das große Gebiet der Hysterie gehört. Mitschülerinnen benutzten schon eine Brille. Der Wunsch, auch eine solche zu besitzen, sich dadurch interessant zu machen, die besondere Aufmerksamkeit der Lehrer auf

sich zu lenken, führt zur Vortäuschung der Myopie, bisweilen sogar zur Amaurose. Im allgemeinen ist solche Hysterie nicht tragisch zu nehmen, und wenn, wie so häufig, ein solches Einzelsymptom nur auftritt ohne andere Zeichen von Hysterie, so hat das prognostisch kaum Bedeutung, Heilung ist durch Suggestion in oben geschilderter Art stets mehr oder minder leicht zu erzielen. Man mache dabei nur die Kinder nicht kopfscheu, indem man sie anschreit und als Lügner bezeichnet, ja man mache auch Eltern und Lehrern die Sachlage nicht klar, da Vorwürfe und Strafen nur schaden würden. Bei Massenuntersuchungen in der Schule werden die Fälle kaum erkannt werden; die Schulärzte sind dann später aufzuklären, damit sie ihre Aufmerksamkeit solchen Kindern besonders zuwenden. Grätzer.

A. Jassinowski (Odessa), Ein Fall von Ptyalismus. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. No. 8.)

Ein 12 jähriges, neuropathisch belastetes, anämisches und schwächliches Mädchen wurde nach einer starken Aufregung sehr apathisch und deprimiert. Nachdem dieser Zustand 2½ Monate gedauert, bekam Pat. hysterische Anfälle, Krämpfe, die sich sehr häufig wiederholten. Später sistierten diese Krämpfe und es begann dafür ein hochgradiger Ptyalismus, wobei nur nachts die Speichelabsonderung nachließ. Der enorme Verlust an Speichel hatte mannigfache Störungen zur Folge.

J. wandte hydrotherapeutische Prozeduren, neurotonische Maßnahmen, Wachsuggestion usw. an und erreichte, daß Pat. kräftig wurde und der Ptyalismus verschwand.

Es handelte sich hier um eine monosymptomatische Form der Hysterie. Grätzer.

L. Strominger, Traumatische Neurose mit vorherrschendem Hervortreten des Harnapparates. (Aus der Krankenhausabteilung für Harnkrankheiten des Dr. Herescu Bukarest.) (Spitalul. 1904. No. 23.) Der betreffende 14 jährige Pat. wurde überfahren, lag hierauf einige Stunden bewußtlos, ohne aber greifbare Verletzungen aufzuweisen. Einige Tage später wurde der Kranke erregbar, hatte Schwindel, Ohrensausen, aufregende Träume und zeitweilige Bewußtseinsverluste, doch ohne niederzufallen. 10 Tage nach Beginn der Krankheit traten Symptome von seiten der Blase auf, Strangurie, Harndrang, so daß er alle 10—15 Minuten urinieren mußte, und falls er dies nicht tat, trat Inkontinenz auf. Die Harnmenge betrug 1200—1400 g innerhalb 24 Stunden, doch waren in demselben keine abnormen Bestandteile nachzuweisen. Die eingeleitete Behandlung bestand in lauwarmen Bädern mit schottischen Überrieselungen, Brom innerlich und den von Cathelin empfohlenen epiduralen Einspritzungen mit künstlichem Serum 3—5 g, und konnte innerhalb 15 Tagen Heilung erzielt werden. Bezüglich der Ätiologie des Falles ist nicht unmöglich, daß die Einwirkung des Traumas, welche hauptsächlich auf die Lumbargegend gerichtet war, eine Rolle in der monosymptomatischen Entwicklung der Krankheit gespielt hat, doch ist die Möglichkeit einer Autosuggestion nicht von der Hand zu weisen. Es wird hervorgehoben, daß der Pat. keinerlei neuropathische Antezedenzien aufgewiesen hatte und seine Krankheit nur auf Einwirkung des betreffenden Traumas zurückzuführen war. E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Nach Wiener med. Presse.)

Sitzung vom 7. Dezember 1904.

E. Friedjung stellt einen Knaben mit einer vielleicht **hereditärluetischen Affektion mehrerer Gelenke** vor. Die ersten Interphalangealgelenke der Zeigefinger, Mittelfinger und kleinen Finger sind verdickt, jedoch nicht schmerzhaft und ihre Beweglichkeit ist nicht eingeschränkt. Das Kind geht mit einwärts gewendeten Füßen und fällt schon beim geringsten Stoß zu Boden, die Gelenkteile des Kniegelenkes sind ebenfalls etwas verdickt. Das Radiogramm zeigt, daß die Verdickungen der Gelenke nur die Weichteile betreffen. Vortr. möchte den Fall als eine Synovitis auf der Basis einer hereditären Lues auffassen; für letztere sprechen allerdings keine anderen Momente als indolente Drüsenvergrößerungen und feine Narben nach Rhagaden an den Lippen.

J. Eisenschitz bemerkt, daß im Kindesalter chronische Gelenksprozesse nicht gar so selten sind, deren Deutung sehr schwer ist. So hat E. einen Fall beobachtet, bei welchem es zuerst zu einer Schwellung am Fußrücken kam; vom dritten Lebensjahre an wurden fast alle Körpergelenke mit Ausnahme einiger kleiner Gelenke von einer chronisch-entzündlichen Affektion befallen, unter deren Einfluß es sogar zur Luxation in einem Hüftgelenke kam. Viele dieser Fälle wären am ehesten durch die Annahme einer Intoxikation infolge Verdauungsstörung zu erklären.

G. Nobl demonstriert einen Knaben mit den Residuen einer **Röntgendermatitis**; der Knabe wurde angeblich wegen Psoriasis am Kopfe 3 mal durch 10—12 Minuten bestrahlt. Nach einigen Wochen fielen die Haare aus und es stellte sich ein chronischer ulzeröser Prozeß der Kopfhaut und am Rücken ein. Erstere ist in eine glasige dünne Membran umgewandelt, in welcher sich narbige und sklerodermieartige Plaques und nävusartige Gefäßnetze befinden. Innerhalb der atrophischen und narbigen Stellen sind dunkel pigmentierte Stellen verstreut. Der Kopf ist bis auf eine einzige Stelle ganz kahl.

v. Pirquet: **Gewichtsbestimmungen bei Nephritis.**

Vortr. hat bei Nephritis systematische Bestimmungen des Körpergewichts vorgenommen. Bei akuter Nephritis (zumeist nach Scharlach) stieg zirka am achten Tage plötzlich das Körpergewicht an; nachdem der Höhepunkt erreicht war, sank es schnell fast bis zum ursprünglichen Gewicht ab, um dann allmählich in der Rekonvaleszenz wieder anzusteigen. Diese Körpergewichtszunahmen sind durch das Ödem bedingt, bei welchem Flüssigkeit in der Menge von 10—20 % des Körpergewichts sich in den Körpergeweben und in den Körperhöhlen ansammelt. Die Steigerung der Diurese bedingt den erwähnten Abfall des Körpergewichts. Bei chronischer Nephritis zeigt das Körpergewicht periodische Schwankungen, indem es wie bei akuter Nephritis ansteigt und unter Steigerung der Diurese und Verschwinden der Ödeme abfällt, um dann wieder von neuem dieselben Veränderungen durchzumachen. Der Abfall des Körpergewichts geht nicht mit der Eiweißausscheidung parallel, indem letztere beim tiefsten Stand des Gewichts bis zu 10 %, während des Höhestadiums desselben nur 3 % betragen kann. Schwitzen und Medikamente (Digitalis, Theophillin, Koffein) hatten keinen Einfluß auf die Körpergewichtskurve. Es sieht so aus, als wenn es ein regulierendes Zentrum für den Wassergehalt des Körpers geben würde, welches, sobald der höchste Stand der Wasseransammlung in den Ödemen erreicht ist, eine Ausscheidung derselben veranlaßt. In einem Fälle wich die Körpergewichtskurve in der Weise vom gewöhnlichen Bilde ab, daß der sonst steile Gipfel der Kurve eine langgestreckte Linie bildete, da die Ödeme und infolgedessen ein hohes Körpergewicht durch ca. 14 Tage konstant blieben. Bei einem dritten Typus stiegen die Ödeme und das Körpergewicht bis zum Tode stetig an. Die Höhe der Ödeme und des Körpergewichts geht nicht mit der Schwere der Erkrankung parallel. Chronische Nephritiden können auch ohne Ödeme verlaufen, bei akuten ist dies kaum der Fall. Die Gewichtssteigerung tritt bei akuten Fällen früher als die Eiweißausscheidung im Harne auf.

J. Eisenschitz bemerkt, daß die periodische Gewichtszu- und -abnahme bei chronischer Nephritis sicher von den Schwankungen der Herzfunktion abhängt, da die Ödeme bei Herzerkrankungen dieselben Gewichtskurven zeigen, wie sie der Vortr. demonstriert hat.

Sitzung vom 20. Januar 1905.

A. Schüller stellt zwei Kinder mit **infantiler Pseudobulbärparalyse** vor. Während bei dieser Affektion am häufigsten die unteren Extremitäten am meisten betroffen sind, stehen bei den demonstrierten Fällen die Störungen der Hirnnerven im Vordergrunde. Die Kinder sind körperlich und geistig ziemlich gut entwickelt, der Gang ist spastisch-paretisch und ataktisch, die oberen Extremitäten zeigen Athetose und Ataxie, der Kopf wird seitwärts und rückwärts gehalten, infolge Störung der Zungenbewegungen ist die Sprache gepreßt, außerdem bestehen geringe Störungen von seiten der Augenmuskeln, Störung der Konvergenz, ticartige Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Die Grundlage dieses Leidens bilden fast immer beiderseitig symmetrisch gelegene sklerotische Herde der Hirnrinde, sehr selten der Stammganglien. Die Korrektion der Kopfhaltung kann nur durch Übungsbehandlung stattfinden.

Th. Escherich demonstriert ein 9 Monate altes Kind mit **Erythema induratum Bazin.** Das kräftige Kind hat an der rechten unteren Extremität seit 2 Monaten leicht prominente, blaurote, derb elastische, schmerzlose Knoten von Haselnuß- bis Walnußgröße, welche sich nach längerem Bestande ohne Erweichung zurückbilden. An der Fußsohle zeigen die Knoten eine verruköse Form. Die Affektion beruht auf tuberkulöser Basis, doch sind an dem Kinde mit Ausnahme von Spina ventosa an einem Finger keine Zeichen von Tuberkulose nachweisbar.

L. Jehle stellt ein 7 jähriges Kind mit **Lebercirrhose und Milztumor** vor. Das Kind hatte vor 2 Jahren Schmerzen im Abdomen, Erbrechen und Fieber mit Schüttelfrösten. Vor 3 Wochen stellte sich rasch vorübergehender Aszites ein. Die Untersuchung ergibt einen hochgradigen Leber- und Milztumor. Es dürfte sich um alkoholische Lebercirrhose handeln, wofür auch der Umstand spricht, daß dem Kinde von den Eltern Spirituosen zum Trinken gegeben wurden.

A. Goldreich demonstriert ein 2 1/2 Jahre altes Kind mit **Anaemia pseudoleucaemica infantum.** Das Kind, welches jetzt noch nicht gehen kann, ist künstlich genährt worden und hat vorübergehend an Magendarmkatarrh gelitten; vor 1 1/2 Jahren hat es Masern überstanden. Es ist ausnehmend blaß und hat in der letzten Zeit anhaltend an Nasenbluten gelitten. Die Untersuchung ergibt: Schwere Rachitis, Trommelschlägelfinger, Drüsenschwellungen, Lebertumor, Milzvergrößerung bis zur Symphyse. Der Blutbefund ergab: Hämoglobingehalt 30 %, Erythrozyten 2265000, weiße Blutkörperchen 10000, Färbeindex 20; nach einigen Wochen waren die Werte folgende: Hämoglobingehalt 20 %, Erythrozyten 2140000, Weiße 31600, Färbeindex 4,1. Unter den weißen Blutkörperchen waren 41 % polymorphe, 26 % Lymphozyten, 12 % große mononukleäre Lymphozyten, 5 % Eosinophile; während der Beobachtungszeit stieg die Zahl der polymorphen Blutkörperchen an, die der anderen angeführten Arten verminderte sich. Unter den roten Blutkörperchen fanden sich Poikilozyten, polychromatophile Zellen, Makro- und Mikrozyten und zahlreiche kernhaltige Blutkörperchen.

Siegfr. Weiss demonstriert einen **Milchsterilisierapparat**, bei welchem die in flachen, mit einem Patentverschluß versehenen Flaschen befindliche Milch in Wasserdampf sterilisiert wird, wodurch ein schnelles Erwärmen auf eine hohe Temperatur, die durch ein Thermometer kontrolliert wird, erfolgt. Hierauf werden die Flaschen in dem zur Dampfentwicklung dienenden Topfe mit eiskaltem Wasser übergossen und so rasch abgekühlt.

Escherich hält den Flaschenverschluß nicht für zweckmäßig und die Manipulation für umständlich.

K. Leiner stellt ein Kind mit **Lupus vulgaris disseminatus** vor, dessen kleine, schüppchentragende Effloreszenzen über den ganzen Körper zerstreut sind.

v. Pirquet: **Körpergewichtsbestimmungen bei Nephritis.**

Vortr. ergänzt seinen diesbezüglichen Vortrag durch die am Herzen der Kranken erhobenen Befunde. Kardiotonika hatten auf die Ödeme keinen Einfluß. Bei den Obduktionen fanden sich außer einer leichten Hypertrophie des linken Ventrikels keine schwereren Veränderungen, was der Fall sein müßte, wenn die

periodisch sich einstellenden Ödeme mit der Herzschwäche zusammenhängen würden. Während des Anstieges der Ödeme wurde auch kein Symptom von Herzschwäche gefunden; der Blutdruck stieg bei Scharlachnephritis mit dem Erscheinen der Ödeme an.

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 9. November 1904.

A. Baginsky: **Demonstration der Präparate eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit.**

Ich erbitte für einige Minuten Ihre Aufmerksamkeit für das interessante anatomische Präparat, welches in diesem großen Glase sich befindet.

Dasselbe stammt von einem 10 Monate alten Kinde, welches, wie Sie aus der Ihnen hier vorliegenden Photographie erkennen, bei sonst exzessiver Magerkeit einen kolossalen Bauchumfang darbot. Derselbe betrug 63,5 cm. Vom Proc. xiphoideus bis zum Nabel waren 19,5, vom Nabel zur Symphyse 11,5 cm. Der Leib bot der Palpation das Gefühl eines stark gefüllten Ballons. Die Perkussion ergab überall lauten tympanitischen Schall, die Leberdämpfung war bis auf eine schmale Zone durch tympanitischen Schall verdrängt. Die Respiration des Kindes war sehr erschwert und in tiefster Erschöpfung starb das Kind wenige Stunden nach der Aufnahme im Krankenhause. — Die Anamnese hatte nur ergeben, daß das rechtzeitig geborene Kind 3 1/2 Monate lang die Brust erhalten hatte. Von da an soll (nach der Entwöhnung) der Leib angefangen haben stark zu werden. Der Stuhlgang, früher angehalten, soll in der letzten Zeit gut und regelmäßig gewesen sein; das Kind soll aber trotz der Nahrungsaufnahme von 1 1/2 l Milch stetig abgemagert sein.

Die Sektion ergab, neben sonst unwesentlichen Befunden, jenes kolossale Darmpräparat, welches ich mir vorzulegen erlaube.

Sie sehen eine geringe Erweiterung des Ileum bis zu Bauhinschen Klappe und dem wenig veränderten Appendix. Von da beginnt eine ganz kolossale Erweiterung des Kolon, und zwar des ganzen Kolon bis hinab, die Flexura sigmoidea mit einbegriffen. Die enorme Ausdehnung des Kolon ergibt sich aus folgenden Maßen. Colon ascendens (aufgeschnitten) in der größten Breite 10,5 cm. Colon transversum 18,0 cm. Flexura sigmoidea 11,0 cm.

Dem gegenüber war die Breite des aufgeschnittenen Dünndarms nur 2—3 cm. Nirgends fand sich eine Striktur, nirgends Ulcera auf der dünnen anscheinend intakten Schleimhaut. Die mikroskopische Untersuchung des Darmes an der zumeist erweiterten Stelle ließ eine erhebliche Verdickung der beiden Muskellagen derselben erkennen. Höchst auffällig war die Kleinheit des Magens, der augenscheinlich stark kontrahiert war. Derselbe maß im Querdurchmesser von der kleinen zur großen Kurvatur nicht mehr als 5 cm; an der Kardia 1,5 cm; am Pylorus 2,6 cm. In der Gesamtlänge von der Kardia bis zum Pylorus 13 cm; Maße, die im starken Gegensatze zu denjenigen des Dickdarms stehen. Die Mesenterialdrüsen sind ganz wenig, bis zur Erbsengröße, geschwollen.

Der Darminhalt war übrigens in der Leiche nicht derb, massig, auch nicht allzu reichlich, vielmehr halbflüssig, die kolossale Blähung der unteren Darmabschnitte war vielmehr zumeist durch Gas gemacht.

Der Fall ist ein typisches Spezimen einer von Hirschsprung im Jahre 1886 beschriebenen Krankheitsform, die seither auch nach ihm den Namen führt. Hirschsprung hatte seine Beobachtung an einem 11 monatlichen Kinde gemacht, dessen Darm fast genau denselben Befund darbot, wie der hier vorliegende, nur daß dort die Mukosa Erosionen und Ulzerationen zeigte, welche hier fehlen, auch war die Muscularis an dem Hirschsprungschen Präparate, das ich selbst gesehen habe, noch dicker als hier. Die zweite von Hirschsprung gemachte Beobachtung betraf ein 7 Monate altes Kind, und der Autor ist geneigt, indem er die Schleimhautveränderungen als sekundäre betrachtet, die ganze Anomalie als eine kongenitale (Entwicklungsanomalie) anzusprechen.

Seither ist nun die Frage über die Entstehung des gesamten Symptomenkomplexes intensiv diskutiert worden, indem man an die bereits von Morgagni betonte Anomalien der untersten Darmabschnitte des Dickdarms anknüpfte, und auf die Besonderheiten der Gestaltung der Flexura sigmoidea bei Kindern noch speziell hinwies. Dieselbe ist eigenartig, indem sich bei dem Kinde eine große Schlinge darbietet, welche sich von links her tief hinein in das Becken zu senken pflegt, um sich in großem Bogen aus demselben wieder herauszuheben, bevor sie in das Rektum übergeht. Ich habe gelegentlich der Diskussion über die Möglichkeit der Anwendung hoher Darmeingießungen bei Kindern im Jahre 1876[1]) auf diese Verhältnisse hingewiesen, die auch besonders für die Chirurgie Gegenstand der Erörterung waren, als es sich darum handelte, zu entscheiden, ob man das S.-Romanum behufs Anlegung eines künstlichen Afters rechts oder links aufzusuchen habe. Daß die Obstipation allein unter sonst gewöhnlichen und normalen Verhältnissen imstande sein sollte, zu so kolossaler Dilatation zu führen, wie in unserem Falle und den Hirschsprungschen Fällen, ist nicht anzunehmen, wenngleich zuzugeben ist, daß die eben erwähnte eigenartige Formation des S.-Romanum bei Kindern gelegentlich einer fehlerhaften Ernährung mehr zur hartnäckigen Obstipation Anlaß zu geben vermag. Ich stelle mir vielmehr vor, daß die anormal lange kongenitale Bildung des S.-Romanum das prädisponierende Moment für die Entstehung der Obstipation, Zersetzungen der gestauten Fäces, Gasauftreibungen usw. abgebe, und daß alsdann allmählich unter dem Zusammenwirken der beiden Faktoren, noch dazu bei fehlerhafter Ernährung, die Dilatation zustande komme. So haben wir bei unserem Falle die Tatsache vorliegend, daß die Dilatation erst begonnen hat, seitdem das Kind von der Mutterbrust entwöhnt worden war. Bezüglich der weitgehenden Literatur des Gegenstandes darf ich wohl auf eine zusammenfassende Arbeit von Neter im 32. Bande meines Archivs für Kinderheilkunde verweisen. Auch Neter kommt zu der Auffassung, daß eine angeborene abnorme Vergrößerung des S.-Romanum in seiner Längenausdehnung, gleichsam eine Übertreibung des (normalen) infantilen Zustandes, das prädisponierende Moment zur Entwicklung der Hirschsprungschen Krankheit abgebe. Die Krankheit ist übrigens keineswegs häufig, und ein Präparat, wie das vorliegende, dürfte immerhin zu den selteneren gehören.

Japha: Ich wollte mir erlauben, hierzu das Wort zu ergreifen, weil es ja interessant ist, zu erfahren, was aus solchen Fällen später wird. Es ist durchaus nicht immer der Fall, daß sie so früh ad exitum kommen. Ich selbst habe zwei solcher Fälle gesehen, die waren im 2. oder 3. Lebensjahr. Uns ist aber neulich von Herrn Brentano im Urban ein Präparat gezeigt worden, das von einem, ich glaube 12jährigen Jungen stammte. Der Knabe hatte wohl von Geburt an an Verstopfuug gelitten, später steigerte sich das zu einer Art von Ileus, und es wurde eine Operation versucht. Der Knabe ging aber zugrunde, und man fand nachher bei der Obduktion eine ganz außerordentliche Ausdehnung des Kolon, nur das Rektum war normal. Auch hat 1896 Max Rothmann hier von einem etwa 20 Jahre alten Mädchen berichtet, bei dem auch eine solche außerordentliche Erweiterung des Dickdarms sich fand. In diesen beiden Fällen war es von vornherein nicht klar, ob die Erscheinungen durch eine kongenitale Anomalie verursacht waren, doch ist das nicht von der Hand zu weisen.

Was nun die eigentliche Ursache ist, so kann man sehr wohl Herrn Prof. Baginsky beistimmen, daß sie in einer angeborenen Verlängerung der Flexura sigmoidea zu suchen ist. Herr Kollege Neter, der in seiner Arbeit (Archiv f. Kinderheilk., Bd. 32) einen der Fälle, die ich gesehen habe, erwähnt, ist zu derselben Ansicht gekommen. Es ist übrigens auch der Versuch gemacht worden, die Sache zu operieren; ob die unangenehme Operation als erfolgreich zu gelten hat, das kann ich Ihnen augenblicklich nicht sagen.

A. Baginsky: **Der akute Gelenkrheumatismus der Kinder.** (Mit Projektionen.) (Darüber wird ein besonderes Referat in unserem Centralblatt gebracht werden.)

---

[1]) Baginsky, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 9, S. 395.

IV. Neue Bücher.

R. Neurath. **Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens.** Leipzig und Wien. Verlag von Fr. Deuticke. Preis: Mk. 3.

Die Arbeit ist ein Separatabdruck aus den „Arbeiten aus dem neurologischen Institute der Wiener Universität". Den Inhalt bilden klinische und anatomische Studien, die Verf. mit großem Fleiße gemacht und zusammengestellt hat. Besonders zu erwähnen sind die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen Neuraths, aus denen hervorgeht, daß eine Reihe nervöser Komplikationen des Keuchhustens pathologisch-anatomisch auf toxische, entzündliche Meningealveränderungen zu beziehen ist, so daß damit die bisher angenommene Bedeutung andersartiger Läsionen, besonders der Zirkulationsstörungen, beträchtlich zusammenschrumpft. Sehr interessant ist auch das Kapitel über die Klinik der nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten, in welchem die Konvulsionen, Meningitis, zerebrale Kinderlähmung, psychische und sensorielle Störungen, Rückenmarksaffektionen, Polyneuritis Besprechung finden. Weitere Abschnitte beschäftigen sich mit den prädisponierenden Momenten und begleitenden Symptomen, sowie mit der Pathogenese und Anatomie. Grätzer.

v. Grolman. **Ärztliches Jahrbuch.** Frankfurt a. M. Verlag von Johannes Alt.
L. Jankau. **Taschenbuch für Kinderärzte.** München. Verlag von Seitz & Schauer.

Beide Taschenbücher haben einen reichen Inhalt, den wir nicht vollständig aufzählen können. Aus dem ersteren seien hier erwähnt das Verzeichnis der wichtigsten neueren und neuesten Heilmittel (140 Seiten), Übersicht über die wichtigsten Nährpräparate, Besprechung des Fickerschen Typhusdiagnostikum, der Gruber-Widalschen Reaktion, der Serumtherapie der Streptokokkenkrankheiten, der spezifischen Therapie des Heufiebers, Behandlung der Vergiftungen, das therapeutische Register, die Aufzählung der Bade- und Kurorte, der Heilanstalten, der medizinischen Bäder usw.

Jankau hat in seinem Taschenbuch auf relativ kleinem Raume eine Unmasse von allgemeinen und speziellen Daten gebracht, die in Praxis und wissenschaftlicher Tätigkeit benötigt werden können. Anatomie und Physiologie, Statistisches, Bakteriologisches und Mikroskopisches, Klinisches, Gesetzeskunde, alles ist berücksichtigt, die pädiatrischen Kliniken, Professoren und Dozenten, Kinderärzte, kinderärzliche Zeitschriften und Vereine aufgezählt. Das Taschenbuch (es gilt für 1905 und 1906) dürfte daher bei Kinderärzten rasch beliebt werden.

Grätzer.

P. Selter. **Die Verwertung der Fäzesuntersuchung für die Diagnose und Therapie der Säuglingsdarmkatarrhe.** Stuttgart. Verlag von F. Enke. Preis: Mk. 3.

Das Buch enthält die Ergebnisse von Beobachtungen und Forschungen, die S. bei der Ernährung von Säuglingen anstellte, um den Wert der von Biedert zuerst angegebenen Fäzesuntersuchungen abzumessen. Die Resultate dieser fleißigen Forschungen sind nun recht interessante. S. war auf Grund seiner Erfahrungen in der Lage, eine Einteilung der Säuglingsdarmkatarrhe zu bilden, die die Art der Störung exakt bezeichnet und auch therapeutisch eine Richtschnur für das Handeln gibt, nämlich:

1. Insuffizienz der Eiweißverdauung,
2. Insuffizienz der Fettverdauung,
3. Insuffizienz der Kohlehydratverdauung,
   a) der Zuckerverdauung,
   b) der Mehlverdauung,
4. Dysenterische Katarrhe (Enteritiden),
5. Mischformen dieser 4 Arten.

Im ersten Teile seiner Arbeit schildert S. genau die Beschaffenheit der Säuglingsfäzes im gesunden und kranken Zustande, im zweiten (speziellen) Teile beschäftigt er sich eingehend mit der Beurteilung der Art der Verdauungsstörung nach dem Stuhlbilde und gelangt so zu den obigen Ergebnissen. Das Studium der interessanten Arbeit sei warm empfohlen. Grätzer.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.





Neues spezifisches Mittel gegen **Keuchhusten**



Neues spezifisches Mittel gegen **Keuchhusten**

Vaporin ist ein durchaus unschädliches Mittel, das keinerlei Narkotika enthält und sich in sehr zahlreichen Fällen bestens bewährt hat.

Vaporin setzt die Pertussisanfälle sehr rasch herab und mindert deren Intensität.

Literatur und Muster stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Vaporin wird nicht innerlich, sondern nur in Dampfform appliziert; es übt keinerlei schädigende Einwirkungen aus, weder auf die Respirationsorgane, noch den Verdauungstrachis oder das Sensorium aus.

Vaporin besteht aus:

Naphtalin pur. pulv.	180.00
Camphor krit.	20.00
Ol. encalypt. glob.	
Ol. pini piceae ãã	3.00

Krewel & Co., chem.-pharm. Fabrik, **Köln a. Rh.,** Eifelstr. 33.

ALEURONAT

Reines vegetabil. Nährelweiss.
Aleuronat-Diabetiker-Gebäcke Verkaufsstellen in allen grösseren Städten
Litteratur und Proben Kostenfrei durch
Aleuronatfabrik Hamm i. W.

RH
Schutz-Marke

Bromocoll-Salbe 20%

Bewährtes Mittel gegen Hautjucken aller Art.

Tuben à 25 Gramm.

Peruol

Reizloses Antiscabiosum

Farblos ∞ Geruchlos.

— **Muster und Literatur auf Wunsch.** —

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg. **Berlin S.O. 36.**

Centralblatt für Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. Mai 1905. No. 5.

I. Originalbeiträge.

Zur Prophylaxe der Nephritis scarlatinosa.

Von

San.-R. Dr. **Ziegler,**

Oberarzt am Königlichen Großen Militär-Waisenhaus in Potsdam.

Bereits im Jahre 1885 empfiehlt Jaccoud[1]) die ausschließliche Milchnahrung als ein sicheres Vorbeugungsmittel gegen Nephritis scarlatinosa und hat bei diesem Regime schon seit 15 Jahren keine Nephritis mehr entstehen sehen.

Ohne das Vorgehen von Jaccoud zu kennen, hatte ich seit 1884 bei der Behandlung der Scharlachkranken sowohl in der Privattätigkeit als auch in dem mir unterstellten Lazarett des Großen Militär-Waisenhauses in Potsdam die absolute Milchdiät in Anwendung gebracht und über die mit dieser Maßnahme im genannten Lazarett gemachten Erfahrungen in der Berliner klin. Wochenschrift 1892, No. 2 berichtet. Dieser Bericht umfaßt 218 Scharlachfälle, welche in den Jahren 1875—1892 im genannten Lazarett zur Behandlung kamen. In der ersten Hälfte dieses Zeitraums bis 1884 wurde bei 115 Fällen die prophylaktische Milchdiät noch nicht angewandt. Es erkrankten bis zu 50 % an Nephritis, in 5 Fällen mit tödlichem Ausgang. In der zweiten Hälfte mit 103 Scharlachfällen kam diese Diät in 100 Fällen zur Anwendung. Dabei trat nicht einmal Nephritis auf. Von den drei Kranken, welche nicht an dieser Diät teilnahmen, erkrankten zwei an Nephritis.

Ein Vergleich zwischen dem Verlauf des Scharlachs vor Einführung der Milchdiät und demjenigen nach Einführung derselben sprach sehr zugunsten dieser Diät und ließ, da andre ursächliche Momente auszuschließen waren, dieselbe als ein wertvolles Vorbeugungsmittel gegen die Scharlachnephritis erscheinen.

Gleichwohl erfährt diese prophylaktische Maßregel noch heute vielfach eine ungünstige Beurteilung. F. von Szontagh[2]) sieht zwar in der Milchdiät ein wichtiges Glied in der Kette der Verhütungsmaßregeln der postscarlatinösen Nephritis, fügt aber hinzu, daß die Durchführung der ausschließlichen Milchdiät große Schwierigkeiten biete, und begegnet denselben durch Zusatz leichter gemischter Kost

[1]) Gazette des Hopitaux. 1885. p. 418f.

[2]) F. von Szontagh, Die Therapie der Scharlachnephritis.

mit reichlicher Wasserzufuhr. Baginsky[1]) empfiehlt neben vierwöchentlicher Bettruhe als das beste Mittel zur Verhütung der scarlatinösen Nephritis eine 14 Tage lange absolute Milchdiät, sagt aber, daß er durch diese Prophylaxe und Therapie das Auftreten von Nephritis nicht verhindern konnte. Zuppinger[2]) (Wien) hat trotz streng durchgeführter Bettruhe und absoluter Milchdiät bei Scarlatina gerade im letzten Jahre die schwersten Nephritiden gesehen, und Piza[3]) (Hamburg) kann sich nicht vorstellen, daß die absolute Milchdiät das Entstehen der Nephritis verhüten könne. Biedert empfiehlt in den früheren Auflagen seines Lehrbuches die Milchdiät, in der 12. Auflage desselben aber sagt Fischl[4]), daß man durch Einführung der Milchdiät den Eintritt der Nephritis nicht verhüten könne. Er hält die absolute Milchdiät einmal für keinen Schutz gegen Nephritis, dann aber unter privaten Verhältnissen oft für direkt undurchführbar und dazu mit Unterernährung und der Gefahr der Inanition verknüpft; man täusche sich leicht über gewaltige therapeutische und prophylaktische Erfolge, wenn man ein paar Scharlachepidemien mitgemacht habe, in denen die Nieren selten erkrankt waren.

Gegenüber diesen ungünstigen Urteilen über den Wert der prophylaktischen Milchdiät, welche mit den Erfahrungen Jaccouds und den meinigen im Widerspruch stehen, scheint es mir von Wichtigkeit, über die weiteren von mir seit 1892 gemachten Beobachtungen zu berichten, um dieser prophylaktischen Maßnahme den Platz zu sichern, welcher ihr zweifellos in der Behandlung des Scharlachs gebührt.

Von 1892 bis jetzt wurden weitere 138 Scharlachfälle im Anstaltslazarett behandelt, von denen an der Milchdiät 131 Kranke teilnahmen. Davon blieben 130 Fälle frei von Nephritis, während ein Rekonvaleszent, welcher über 3 Wochen frei von Albuminurie war, in der vierten Woche an Diphtherie erkrankte, woran sich Nephritis anschloß. Bei Diphtherie ist die Milchdiät prophylaktisch nicht wirksam. Sechs Fälle gelangten erst im Stadium der Abschuppung mit bestehender Nephritis (anasarca, ascites) in Behandlung und in einem Falle, in welchem Nephritis auftrat, stellte es sich heraus, daß der Kranke verbotenerweise an der gemischten Kost der Mitrekonvaleszenten teilgenommen hatte. In diesen 7 Fällen von Nephritis war also die prophylaktische Milchdiät nicht zur Anwendung gekommen.

Im ganzen erstreckt sich der Gebrauch dieser Diät im Anstaltslazarett auf einen Zeitraum von 21 Jahren, in welchem 241 Scharlachfälle zur Behandlung kamen. Während nun in früherer Zeit bis zu 50 % der Fälle sich mit Nephritis komplizierten und von diesen etwa 12 % letal endeten, blieben von diesen 241 Fällen, von denen 10 Fälle nicht an der prophylaktischen Milchdiät teilnahmen, 231, also sämtliche mit dieser Diät behandelten Fälle frei von Nephritis. Von den

---

[1]) Verhandlungen der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.
[2]) Ebenda.
[3]) Ebenda.
[4]) Biederts Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 12. Aufl., S. 633, 675.

10 Fällen, bei denen dieselbe nicht zur Anwendung gelangte, komplizierten sich 9 Fälle mit Nephritis; auch diese Ausnahmen sprechen für die Regel.

Die ganze Beobachtungsreihe, welche sich auf eine und dieselbe Anstalt erstreckt mit vor- wie nachher gleichen Verhältnissen, mit gleichen hygienischen Bedingungen und gleichen zur Anwendung gelangten sonstigen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen, umfaßt 13 Anstaltsepidemien und 24 vereinzelte Fälle mit dem allerverschiedensten Krankheitscharakter von den leichtesten fast fieberlosen bis zu den schwersten septischen Fällen, so daß man nicht von ein paar Epidemien sprechen kann, in welchen die Nieren seltener erkrankt waren, und welche einen über Erfolge täuschen könnten. Die Nieren waren bei Durchführung der Milchdiät nicht nur nicht seltener, sondern niemals erkrankt. Dieselben Erfahrungen habe ich während dieser ganzen Zeit in der Privattätigkeit bei einer nicht geringeren Zahl von Scharlachfällen gemacht, auch hier hat diese Diät ausnahmslos ihre günstige prophylaktische Wirkung geäußert. Ich bin überzeugt, daß lediglich ihr der Umschwung im Verlauf der Scharlacherkrankungen zuzuschreiben ist, und stimme dem Ausspruch Jaccouds zu, welcher an der oben zitierten Stelle sagt: „Pour moi, c'est un veritable traitement préservatif de l'albuminurie rénale: rien que du lait et 3 litres par jour si possible, rien autre ni comme boisson, ni comme aliment, ni comme médicament.“ Wo der Erfolg nicht vorhanden ist, da glaube ich, ist die ärztliche Anordnung nicht durchgeführt, Kranke sowohl wie ihre Umgebung sind nur zu leicht geneigt zu Abweichungen von der einförmigen Ernährung, und solchen Täuschungen begegnet der Arzt sowohl in der Privatpraxis wie in den Krankenanstalten.

Ich habe drei und in besonders schweren Fällen 4 Wochen lang nur Milch mit weißem Gebäck, Zwieback und Semmel geben lassen. In Fällen, in denen ein Scharlachrezidiv auftritt, muß man von diesem letzteren ab rechnen. Solche Rezidive scheinen sehr selten zu sein, unter den mitgeteilten Fällen waren nur zwei, in welchen zu Anfang der zweiten bezw. der dritten Woche, nachdem das Fieber und Exanthem vollkommen verschwunden waren, mit hohem Fieber das Scharlachexanthem von neuem auftrat.

Daß das Verfahren ein einförmiges und ermüdendes ist, teilt es mit vielen ärztlichen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen, welche dennoch zum Heile des Kranken anstandslos durchgeführt werden. Von einer Undurchführbarkeit kann meines Erachtens keine Rede sein, und die vielfach auch bei anderen Gelegenheiten hervortretende Behauptung des Kranken, er könne keine Milch trinken oder vertragen, sollte keinen Arzt zu Konzessionen bestimmen im Hinblick auf die Sicherheit, welche das verhältnismäßig doch nur kurze Zeit dauernde Regime gewährt. Auch mir ist es vorgekommen, daß Kranke 2—3 Tage lang wenig oder nichts genossen haben, weil sie an die Milch nicht heran wollten, aber ausnahmslos gewöhnten sich die Kranken an die Milchnahrung, und solche, die anfänglich keine Milch nehmen zu können glaubten, konsumierten schließlich

2 sogar 3 Liter pro Tag. Ein Zusatz von leichter gemischter Kost hebt natürlich die prophylaktische Wirkung der Milchdiät auf.

Einen Schaden infolge von Unterernährung oder gar Gefahren infolge von Inanition, von denen Fischl spricht, habe ich nie gesehen. Abgesehen davon, daß die Dauer der strengen Milchnahrung eine zu kurze ist, um in Fällen, in denen eine ungenügende Ernährung stattfinden sollte, Schaden anzurichten, habe ich immer gefunden, daß die Ernährung eine vollkommen ausreichende ist, daß sogar die Kranken, auch Erwachsene, sich sehr wohl dabei befinden. Ja es muß zum Lobe der Milchdiät hinzugefügt werden, daß dabei das ganze Befinden der Kranken und der Verlauf der Erkrankung wesentlich besser und günstiger sind, und daß Verdauungsstörungen, welche so leicht den Verlauf der Scharlacherkrankungen und die Rekonvaleszenz trüben, durch die Milchnahrung vermieden werden. Ich kann im Interesse einer ungestörten Rekonvaleszenz und zur Erhaltung eines guten Ernährungszustandes nur dringend raten, daß auch nach dem Aufhören mit der absoluten Milchdiät in der weiteren Ernährung der Rekonvaleszenten von Scharlach der Milch immer noch eine hervorragende Rolle zugeteilt werde.

II. Referate.

A. O. Freifeld, Über Nephritis morbillosa. (Aus dem Charkower städt. Alexander-Hospital.) (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. No. 13.) F. beobachtete die bei Masern so seltene Komplikation bei einem 4jährigen Knaben. Es handelte sich um eine parenchymatöse Nephritis. Grätzer.

Theodor Frölich (Norweger), Über zwei Fälle von hereditärer, familiärer und angeborener (?) Nephritis. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1904. No. 8.) Fall 1: Ein Knabe, der nach der Geburt anscheinend gesund war. Keine Nabelinfektion. Bekam die Brust, später auch die Flasche. Der Stuhl gewöhnlich träge, nie Diarrhöe. Das Gewicht stieg sehr langsam. Er fing bald an zu erbrechen. Als er $4^1/_2$ Monate alt war, wurde der Harn erstenmals untersucht, er enthielt Eiweiß und Zylinder, auch immer später, so lange das Kind lebte. Periodische Anfälle von Erbrechen traten ein. Nie Ödeme, die Haut war trocken. Es starb an Pneumonie, 11 Monate alt.

Fall 2: Seine Schwester, 2 Jahre nach dem Knaben geboren. Gesund seit der Geburt, fing sie, 14 Tage alt, an abzumagern. Der Stuhl war träge, sie hatte nie Diarrhöe. Schon zu dieser Zeit wurden Eiweiß und Zylinder im Harn gefunden. Periodische Anfälle von Erbrechen traten ein. 15 Monate alt, starb sie plötzlich. Bei der Sektion wurde chronische Nephritis mit Atrophie der Nieren gefunden. Die Eltern der zwei Kinder waren gesund, eine 5jährige ältere

Schwester auch gesund. Weder Alkoholismus noch Syphilis bei der Familie. Arthritis urica kommt in der Familie der Mutter vor; ihr Bruder starb an chronischer Nierenentzündung.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. Thiemich, Über den Einfluß der Kalisalze auf die Eiweißausscheidung bei Nephritis. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Februar 1905.) Th. hat die Angabe Bunges, daß die Kalisalze, wenn sie in reichlicher Menge die Niere passieren, dieselbe reizen können, exakt nachgeprüft an einem 7 jährigen Knaben, bei dem mehr als 2 Jahre lang eine starke Eiweißausscheidung, zeitweilig mit erheblichen Blutmengen im Harn, beobachtet worden war. Pat. wurde verschiedenen, hinsichtlich ihres Kalireichtums stark divergierenden Ernährungsarten unterworfen. Wie zu erwarten war, entsprach die renale Ausfuhr des Kaliums der Einfuhr desselben mit der Nahrung: bei Milch- und Kartoffelkost die höchsten, bei rohen Eiern und Reis die niedrigsten Zahlen für KCl. Wenn nun die Kalisalze wirklich ein die Niere schädigendes Moment darstellten, müßte der kaliärmsten Nahrung (rohe Eier) der niedrigste, der kalireichsten (Kartoffel) der höchste Eiweißquotient entsprechen. Das war nun keineswegs der Fall. Allerdings trat bei der kaliarmen (aber nicht kaliärmsten) Reisdiät die geringste Eiweißausscheidung ein, aber bei der kalireichsten Kartoffelkost ergab sich der zweitniedrigste Eiweißwert, und bei Fleischkost, welche an Kalireichtum nur unbedeutend die Reiskost übertrifft, die größte, der Reisdiät um das Doppelte überlegene Eiweißausscheidung.

Man sieht daraus, daß die Eiweißausscheidung bei chronischer Nephritis durch die Art der Ernährung beeinflußt werden kann, daß aber hierbei den Kalisalzen nicht die entscheidende Rolle zukommt.

Grätzer.

M. Halpern, Die Anwendung kochsalzarmer Diät bei Nierenerkrankungen. (Nowiny lekarskie. 1904. No. 12.) Auf Grund zahlreicher Arbeiten wurde nachgewiesen, daß Kochsalz für Nephritiker durchaus kein gleichgültiger Körper ist. Kranke Nieren eliminieren eingeführte Kochsalzmengen nicht genügend, wodurch in ersten Reihe Überladung der Zellen mit dieser Substanz erfolgt, mit nachfolgender Retention von Wasser im Organismus, um die angehäufte Kochsalzmenge in Lösung zu erhalten. Der Körper nimmt infolge dieses letzten Umstandes an Gewicht zu, beim Überschreiten einer gewissen Grenze werden Ödeme mehr oder weniger sichtbar. Widal nennt diese Periode, wo das Körpergewicht zunimmt, Ödeme jedoch noch nicht nachweisbar sind, die vorödematöse Periode. Verf. bezeichnet bloß die Periode als vorödematös, wo neben Kochsalzretention Wasserretention noch nicht nachweisbar ist, wo also das Körpergewicht nicht zunimmt; von dem Momente an, wo die Zunahme an Gewicht das Zurückhalten des Wassers anzeigt, bis zum Sichtbarwerden der Ödeme wird der Zustand vom Verf. als Periode der okkulten Ödeme bezeichnet. Schon aber in diesem Zeitpunkte kann man nach Widal mit ernsten Symptomen als Ausdruck von Ödemen

innerer Organe zu tun haben; der größte Teil dahingehörender Symptome wurde früher als Urämie aufgefaßt, von Widal wurden diese Erscheinungen als chlorurämische bezeichnet und er zählt hierzu manche nervöse Erscheinungen, die Erhöhung des Blutdruckes, asthmatische Zustände usf. Von diesen theoretischen Erwägungen bis zur Anempfehlung kochsalzarmer Diät bei Behandlung verschiedener Nephritisformen war nur ein Schritt; Verf. hat sich von der eklatanten Wirkung dieser Behandlungsmethode in vielen Fällen überzeugt.

In der Praxis, wo die quantitative Bestimmung ausgeschiedener Kochsalzmengen auf Schwierigkeiten stößt, ist es genügend, durch Körperwägungen die Mengen des zurückgehaltenen Wassers zu bestimmen; wenn man sieht, daß bei Einnahme von 1—2 g Kochsalz keine Ödeme auftreten, so werden noch 10 g pro die Kochsalz zur Nahrung dazugegeben; nimmt der Pat. dabei an Gewicht zu, so ist dies ein Zeichen, daß dessen Nieren 11—12 g Kochsalz nicht zu eliminieren imstande sind, worauf eine Ermäßigung auf 5 g pro die einzutreten hat. Der Mangel an Ödemen durch längere Zeit beweist, daß der Organismus diese Menge pro die bewältigen kann.

So kann die Menge leicht empirisch bestimmt werden. Aber nicht nur soll diese kochsalzarme Diät in der Periode sichtbarer Ödeme angewendet werden, auch in weiterer Folge ist der kranke Organismus mit NaCl überladen, so daß diese Diät wenigstens bis zu diesem Zeitpunkte fortgesetzt werden muß, wo keine Verminderung des Körpergewichtes mehr zu konstatieren ist, mit anderen Worten, wenn auch in den inneren Organen überschüssige Wassermengen ausgeschieden worden sind. Verf. rät, bei chronisch Nierenkranken periodenweise NaCl-Entziehungskuren durchmachen zu lassen.

Wenn man an die Anlegung eines diesbezüglichen Speisezettels geht, so ist hier in erster Reihe Milch als Nahrungsmittel hervorzuheben. Gibt man 2 Liter Milch täglich, so wird zugleich 4 g Kochsalz eingeführt. Würde aber auch diese Menge nicht vertragen werden, so kann man eine Diät zusammenstellen, woselbst bloß 1—1,5 g Kochsalz eingeführt wird. Suppe, Bouillon darf dann nicht verabreicht werden, wohl aber ausgekochtes Fleisch, wenig gesalzenes Brot, Erdäpfel, nicht gesalzene Butter, verschiedene Gemüse wie Erbsen, gelbe Rüben, Reis, Eier, Früchte usf. Was speziell Brot anlangt, so wurde nachgewiesen, daß je feiner es ist, desto mehr NaCl darin enthalten ist, demgemäß der Genuß des am wenigsten feinen Brotes anzuraten ist.

Auf jeden Fall ist aber der Genuß von Kochsalz nicht ganz einzuschränken, was ja auch durchaus unnötig ist, sondern in den oben skizzierten Grenzen kann kochsalzreiche Diät mit Vorteil angewendet werden.

Gabel (Lemberg).

A. Caillé, A cure of chronic Nephritis following renal decapsulation. (Archives of Pediatrics. October 1904.) Chronische Nephritis, geheilt durch Operation.

Pat. ist jetzt 7 Jahre alt. Seit ihrem zweiten Lebensjahre litt sie an Nephritis und wurde mit $4\frac{1}{2}$ Jahren deswegen operiert.

Dr. Edebohls vollzog an ihr seine damals neue Nierendekapsulation. Bei der Operation fand man eine typische chronische parenchymatöse Nephritis (große weiße Niere) beiderseits. Beide Nierenkapseln wurden entfernt.

Es folgte prompte und augenscheinlich völlige Heilung.

Verf. befürwortet weitere chirurgische Versuche in dieser Richtung, da wir klinisch der chronischen Nephritis ziemlich machtlos gegenüber stehen.

Das Rationale der Operation ist noch dunkel, aber so viel scheint sicher zu sein, daß sie heilkräftig zu wirken vermag.

Leo Jacobi (New York).

Arth. Jordan, Über Hautveränderungen bei Nierenkranken. (Mon. f. prakt. Dermat. 11. 1904.) Die vom Verf. beschriebenen Fälle betrafen Pruritus, Ekzeme und Gangrän, welche Hand in Hand gingen mit Albuminurie oder Nephritis und jeder lokalen Behandlung trotzten, bis gleichzeitig in einigen Fällen mineralische, die Nierentätigkeit beeinflussende Wässer (Vichy usw.), bei anderen Diuretin und Urotropin angewandt wurden. Verf. spricht sich gegen die Aufstellung einer besonderen Gruppe albuminurischer Dermatosen aus.

Max Joseph (Berlin).

G. Rheiner, Die Bedeutung der Albuminurie im Kindesalter. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1904. No. 16—18.) In einer sehr fleißigen Arbeit beleuchtet Rh. eingehend alle im Kindesalter vorkommenden Erscheinungsformen der Albuminurie unter Einschiebung einer Reihe interessanter Beobachtungen aus der Praxis.

Grätzer.

Carlo Francioni, Infektion mit Bacterium fluorescens. (Rivista di Clinica Pediatrica. XII. 1904.) Bei einem 5 jährigen Knaben wurde die Diagnose auf eine Infektion der Harnwege auf aszendierendem Wege gestellt. Kulturversuche mit dem aseptisch aufgefangenen Urin ergaben in Bouillon einen Mikroorganismus, der in allem dem Bact. coli glich. Nach wenigen Tagen bemerkte man, daß die erste im Thermostaten stehen gebliebene Aussaat auf Bouillon eine schöne Fluoreszenz zeigte. Inzwischen starb das Kind. Die Sektion ergab eitrige Pyeolo-Nephritis; Eiter im linken Urether; im kleinen Becken zwischen Rektum und linker Beckenwand einen Eitersack. Mit dem Leichenmaterial angestellte Untersuchungen ergaben das Vorhandensein zweier Mikroorganismen. Der eine war identisch mit dem Bact. coli; der andere ein Bacillus fluorescens, der dem Jägerschen Proteus ähnelte.

F.

Giuseppe Cecchi, Spontane Bacterium coli-Cystitis im Kindesalter. (Rivista di Clinica Pediatrica. Fasc. IV. 1904.) Verf. berichtet über 7 Fälle, in denen bei Kindern ohne voraufgegangenen Katheterismus, ohne irgendwelche sonstigen Eingriffe in die Blase eine auf das Bact. coli zurückzuführende Cystitis entstand; in 6 Fällen handelte es sich um Mädchen. Die Fälle waren zum Teil leicht, zum Teil aber auch sehr schwer; in dem einen war der Exitus letalis nicht so durch eine gleichzeitig bestehende Enteritis als vielmehr durch die sehr schwere Cystitis bedingt.

Verf. hat in den schwereren Fällen ebenfalls die von anderen Beobachtern erwähnte starke Anämie konstatieren können, die er auf die Einwirkung der Bakterientoxine zurückführt. Die pathogene Wirkung des isolierten Bazillus wurde durch das Tierexperiment bewiesen. Was den Modus des Eindringens der Mikroorganismus in die Blase anbelangt, so meint Verf., daß dieses durch die Urethra vor sich geht, was in den besonderen anatomischen Verhältnissen des weiblichen Urogenitalapparates seine Erklärung findet. In der Blase kann dann, wenn gewisse Bedingungen für die Virulenz des Bazillus und die Empfänglichkeit der Schleimhaut zutreffen, eine Cystitis entstehen; ammoniakalische Gärung des Urins ist für das Zustandekommen dieser nicht unumgänglich notwendig, wo sie vorhanden ist, beweist sie nur, daß Keime in die Blase gedrungen sind, die eine Zersetzung des Harnstoffes bedingt haben. In diesem Fall kommt die Wirkung der Bakterien zu der chemischen des ammoniakalischen Urins hinzu und so kann die Cystitis schwerer werden. F.

Carlo Comba, Beitrag zum Studium der B. coli-Cystitis bei Kindern. (Rivista di Clinica Pediatrica. IV. 1904.) Verf. berichtet über einen schweren Fall von Cystitis bei einem 20 Monate alten Kinde; während der ungefähr 5 Wochen andauernden Erkrankung fand sich im Urin das B. coli, in der ersten Zeit fast in Reinkultur. Während der ganzen akuten Periode der Erkrankung war ferner auffallend, daß im Sediment des Harns eine gewisse Menge von harnsaurem Gries gefunden wurde. Verf. sieht darin einen Beweis, daß das Kind, in dessen Antezedenz einige Fälle von Gicht waren, eine Tendenz zur harnsauren oder neuro-arthritischen Diathese im Sinn der französischen Autoren, hatte und erklärt das Zustandekommen der Cystitis derart, daß durch ein anfallsweise auftretendes stärkeres Ausscheiden von Harnsäure die Blasenschleimhaut irritiert und zur Ansiedlung pathogener Keime präpariert worden sei. Verf. hat diesen Fall behandelt mittels Injektionen des Celli-Valentischen Anticolicum-Serums. Nach zwei Injektionen war eine deutliche günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes zu konstatieren. Die Untersuchung des Urins nach erfolgten Injektionen zeigte im Sediment das Vorhandensein großer Bazillenhaufen, die unbeweglich, nie agglutiniert waren, während die Bazillen bis dahin einzeln oder in kleinen Gruppen vereint aufgetreten waren und ihre Beweglichkeit bewahrt hatten. Dies beweist, daß infolge der Seruminjektion in den Urin agglutinierende Substanzen übergegangen waren, die entweder direkt aus dem Serum stammten oder unter Einwirkung des Serums sich im Organismus gebildet hatten. Ebenso erzielte Verf. eine deutliche Agglutination, wenn er zu Kulturen des in dem Urin gefundenen Bazillus im Verhältnis von 1:40 Anticolicum-Serum hinzusetzte.

Gute Resultate hat Verf. auch mit Ausspülungen der Blase mit 1 $^0/_0$ iger Protargollösung gehabt. F.

Phocas, Des calculs de la vessie chez l'enfant. (Revue prat. des malad. des org. génito-urin. Mars 1904.) Blasensteine sind nicht selten im Kindesalter, so hat Ph. unter 18 Steinkranken 8 Fälle im kindlichen Alter beobachten können, auch müssen viele Erkran-

kungen bei Erwachsenen als im kindlichen Alter begonnen betrachtet werden, da die Latenzperiode sehr lange dauern kann. Die Symptome sind in vielen Fällen unbestimmt, einerseits aus dem Grunde, weil die kindliche Blase besonders tolerant ist, andererseits die kleinen Pat. sich keine genaue Rechenschaft von ihrem Leiden geben können. Die rektale Untersuchung und namentlich die Radiographie können wertvolle Indizien für die Diagnose abgeben. Die Behandlung besteht in Entfernung des Steines, was am besten dusch den hohen Blasenschnitt erreicht wird. Man füllt die Blase mit Flüssigkeit, unterbindet die Urethra und macht dann eine mediane Inzision der Bauchdecken in einer Ausdehnung von 7—10 cm, worauf man die Blase bloslegt, einschneidet und den Stein entfernt. Unter 7 Operierten hatte Verf. keinen einzigen Todesfall zu beklagen. E. Toff (Braila).

Reinhold Dunger, Zur Lehre von der Zystenniere, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Heredität. (Zieglers Beiträge. Bd. 35. Heft 3.) In der Arbeit wird die gesamte Literatur über Zystennieren zusammengestellt. Besondere Beachtung verdienen die Fälle, bei denen bei einem der Eltern und bei den Kindern Zystennieren nachgewiesen werden konnten. Verf. beschreibt eine eigene Beobachtung, bei welcher Mutter und Tochter die gleiche Anomalie zeigten, die auch im mikroskopischen Bilde eine vollkommene Übereinstimmung darbot. In einem weiteren Kapitel werden Zystennieren bei Geschwistern beschrieben. Der weitaus größten Zahl der Zystennieren, welche fast immer doppelseitig auftreten, eine sehr bedeutende Vergrößerung des Organs bedingten und oft mit Mißbildungen sowie vielfach mit Leberzysten kombiniert sind, liegt eine Bildungshemmung zugrunde. Für diese Auffassung spricht auch besonders das familiäre und hereditäre Auftreten. Schridde (Marburg).

Alfr. Götzl, Die Behandlung der Enuresis mit epiduralen Injektionen. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Zentralblatt für die gesamte Therapie. 1905. No. 1.) 8 Fälle von reiner Enuresis, ohne jeden lokalen pathologischen Befund, wurden mit epiduralen Injektionen behandelt; injiziert wurde teils physiologische Kochsalzlösung, teils solche mit $^1/_2$—1$^0/_0$igem Kokainzusatz, und zwar in der Menge von 5—10 ccm. Nur in einem Falle zeigte sich evidenter Heilerfolg, und zwar schon nach der zweiten Injektion. Wiederholt wurden unangenehme Nebenwirkungen (Brechreiz, Schmerzen usw.) beobachtet. G. hält diese Methode nur dann für indiziert, wenn alle anderen Mittel versagt haben. Grätzer.

Jenö Remete, Epidurale Injektionen bei urogenitalen Erkrankungen. (Budapesti orvosi ujság. 19. Januar 1905.) Bei vier an Enuresis nocturna leidenden Kindern erreichte er Heilung durch epidurale Injektion einer physiologischen Kochsalzlösung.

Ernst Deutsch (Budapest).

Remete, Die Behandlung der Enuresis nocturna mit epiduralen Injektionen. (Budapesti orvosi ujság. 1904. No. 40.) R. spricht sich für die Cathelinsche Methode aus. Er wendet 8 bis 10 cm^3 einer 0,9$^0/_0$igen Kochsalzlösung oder eine schwache Kokainlösung durch eine 5 cm lange Hohlnadel an. Ernö Deutsch (Budapest).

D. G. van Eysselsteyn, Phimosis congenita. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 4. April 1904.) Kurze Zusammenfassung der Beschwerden von Phimosis congenita für Individuen, Ehe und Staat.

Plantenga (Haag).

Woodyatt, Circumcision for congenital phimosis. (British medical Journal. 1904. S. 545.) W. schildert seine Methode folgendermaßen: Man faßt den Penis zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand, zieht das Präputium soweit als möglich zurück und schneidet mit einer Schere das untere Blatt desselben ein bis zur Korona. Dieser longitudinale Schnitt wird durch eine Naht transversal vereinigt, indem zuerst der Anfang des Schnittes am Rande der Vorhaut mit seinem Ende an der Korona vereinigt werden. Der Vorteil dieser Methode ist der, daß der Schnitt nur klein ist, kein Gewebe verloren geht, ihre Ausführbarkeit leicht ist, und daß später die Glans durch Haut bedeckt bleibt. Schreiber (Göttingen).

J. Cafferata, Abnorme Mündung des Darmes in die hintere Urethra, Fehlen des Rektums. (Archives de méd. des enf. 1904. No. 12.) C. beschreibt einen seltenen Fall von Atresia recti, wo der Dickdarm in die Harnröhre mündete. Das betreffende normal geborene und auch anscheinend normal entwickelte Kind bot in den ersten 2 Tagen nichts Abnormes, dann trat Erbrechen auf, wobei nach kurzer Zeit Mekonium durch den Mund entleert wurde, und zeigte dann die genauere Untersuchung, daß eine Afteröffnung vollständig fehlte und die bis dahin stattgehabten Entleerungen von Mekonium durch die Harnröhre stattgefunden hatten. Bei der Sektion wurde das S Romanum enorm dilatiert gefunden und in einen blinddarmähnlichen Sack endigend. Eine kleine, etwa 2 mm breite Öffnung vermittelte die Kommunikation desselben mit dem hinteren Teile der Harnröhre. Der Harn in der Blase war rein, hingegen war die Urethra mit Mekonium gefüllt.

Der Fall zeigt die Notwendigkeit einer genauen Untersuchung Neugeborener, denn wenn man dies im vorliegenden Falle getan hätte, würde man durch das Mekonium, welches man in den Windeln fand, nicht irre geleitet worden sein und rechtzeitig einen chirurgischen Eingriff gemacht haben, als das Kind noch genügend kräftig und durch die Okklusionssymptome noch nicht herabgekommen war.

Über die Ätiologie des Falles kann nichts Bestimmtes gesagt werden; möglicherweise hat der Umstand, daß die Mutter albuminurisch war, hierzu einigermaßen beigetragen. E. Toff (Braila).

Lavinio Miserocchi, Das Paraganglin Vassele bei der Behandlung des Rektumprolapses bei Kindern. (La Pediatria. VIII. 1904.) Verf. berichtet über einen Fall, in dem er durch Klystiere mit Paraganglin (50 Tropfen auf 200 g Wasser 2 mal täglich) günstigen Erfolg erzielte. Er empfiehlt die Anwendung nur bei Atonie des Darmes, nicht aber bei entzündlichen Prozessen desselben. F.

A. Hermann, Zur operativen Behandlung des Kryptorchismus. (Aus dem Rudolfinerhause in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 6.) H. macht folgende Mitteilung:

Sein Chef Gersuny hat in den letzten 2 Jahren in 4 Fällen von beiderseitigem Inguinalhoden an kindlichen Individuen eine neue Art der Fixation des reponierten Hodens versucht, deren Erfolge bisher recht zufriedenstellende sind. Die Methode stellt sich, in Kürze beschrieben, folgendermaßen dar: Nach vollständiger Befreiung des Samenstranges aus seinen Verbindungen, wie bei den übrigen Methoden, wird eine Seidennaht an dem Gewebszipfel, der dem unteren Pole des Testikels aufsitzt und wohl dem Reste des Gubernaculum Hunteri entsprechen dürfte, angelegt. Die Enden dieser Naht werden mit Hilfe einer Kornzange oder gestielten Nadel am tiefsten Punkte des Septum scroti durchgeführt und mit den Enden einer analogen, an dem gegenüberliegenden Hoden befestigten Naht verknüpft oder selbst zu dieser Naht verwendet. Dann folgt die Verengerung der Eingangsöffnung in die Tunica Dartos, Vereinigung der Aponeurose des Musculus obliquus externus, wobei die Hüllen des Samenstranges an mehreren Stellen in die Naht mitgefaßt werden, und Hautnaht.

Bei einseitiger Mißbildung hatte sich Gersuny bisher mit der Befestigung des gedehnten Funiculus spermaticus an mehreren Stellen der Aponeurose und dem Periost des horizontalen Schambeinastes begnügt, doch wäre die beschriebene Methode mit einer geringen Modifikation auch für diese Fälle verwendbar. Die durch das Septum scroti geführte Naht wäre auf der anderen Seite entweder an der Tunica vaginalis testis oder der lateralen Seite der Skrotalhaut zu befestigen.

Der Vorteil der beschriebenen Methode ist der, daß dabei eine feste Brücke zwischen beiden Testikeln geschaffen wird, welche durch das Septum scroti und die Crura penis so gestützt wird, daß ein Zurückschlüpfen der Hoden unmöglich wird; die Operation ist außerdem sehr leicht ausführbar und erfordert nur kurze Behandlungszeit.

Grätzer.

E. Grunert, Ein Fall von Torsion des Samenstranges. (Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Leipzig.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 43.) Ein $5^1/_2$ jähriger Knabe wurde eingeliefert mit der Diagnose „eingeklemmter Leistenbruch". Tatsächlich mußte man auf Grund der Anamnese und des Status zu dieser Diagnose gelangen. Auffallend war nur eine Rötung der Skrotalhaut; als Ursache konnte aber hierbei eine Gangrän der inkarzerierten Darmschlinge, vielleicht gar der im Bruchsacke befindlichen abszedierende Processus vermiformis in Betracht kommen.

Nichts von alledem fand sich bei der Operation vor, wohl aber eine erhebliche Torsion des rechten Testikels und Funiculus spermaticus, die beide ödematös und tiefblaurot verfärbt erschienen. Auffallenderweise liefen beim Samenstrang das Vas deferens einerseits und A. und V. spermatica andererseits als zwei Stränge isoliert nebeneinander her. Der linke Testikel war im Hodensack nicht vorhanden.

Unter Berücksichtigung der Dauer der Torsion (Krankheitsanfang vor länger als 3 Tagen) und der Beschaffenheit von Hoden und Samenstrang erfolgte die sofortige Kastration. Reaktionslose Heilung.

Was die ätiologischen Momente anbelangt, so ist zweifellos Vorbedingung für das Zustandekommen der Torsion des Samenstranges eine abnorm große Beweglichkeit des Hodens, und diese wird ihrerseits bedingt durch abnormes Verhalten des Mesorchiums und des Gubernaculum Hunteri. Kryptorchismus oder verspäteter Descensus testiculi sind die Folgen der Anomalien des Gubernaculum Hunteri, sie müssen also aus Vorbedingungen für eine Torsion des Samenstranges und Hodens angesehen werden.

Als prädisponierendes Moment für die Torsion war ferner in G.s Falle die Isolierung des Gefäß- und Vas deferens-Stranges anzusehen; zwei dünne Fäden drehen sich leichter um ihre Längsachse als ein dicker Faden.

Auf Grund seines Falles und der Angaben in der Literatur kommt G. zu folgenden Schlußforderungen:

1. Abnormitäten während des Descensus testiculi prädisponieren für eine eventuelle spätere Torsion des Hodens und Samenstranges.

2. Die direkte — unmittelbare — Ursache für die Torsion muß in einem — wenn auch noch so geringfügigen — Trauma bestehen.

3. Klinisch verlaufen die Fälle von Torsion des Hodens und Samenstranges unter dem Symptomenkomplex einer inkarzerierten Hernie, und zwar zunächst äußerst stürmisch, später — nach 2—3—4 Tagen — (wie aus den später oder nicht operierten Fällen hervorgeht) unter plötzlichem völligem Verschwinden dieser Erscheinungen.

4. Die Folge einer Torsion ist immer zunächst eine starke Hyperämie bis zur Infarktbildung und schließlich eine daraus resultierende Nekrose des Hodens.

Grätzer.

Hjalmar Heegaard (Däne), Über Ovarialbrüche. (Bibliotek for Läger. 1904. Heft 5/6 u. 7/8.) Der Verf. gibt eine monographische Darstellung der Ovarialbrüche. Er zeigt u. a., daß die Anschauung, daß der sogenannte angeborene inguinale Ovarialbruch dem Descensus testiculi entsprechend auf einer Anomalie beruhen sollte, ganz unhaltbar ist; er weist nach, daß nur der Bruchsack bei dieser Hernie präformiert ist, der Bruch selbst ist erworben, und aus anatomischen Ursachen tritt es speziell bei Kindern auf. Er teilt zwei nicht vorher publizierte Fälle mit. Der erste hat spezielles Interesse; es handelte sich um ein 4 Wochen altes Mädchen, bei dem eine Einklemmung eines linksseitigen inguinalen Ovarialbruches wegen Torsion des Stieles auftrat; bei der Operation wurde das linke Ovarium und die linke Tuba entfernt. 1 Monat nach der Operation entstand eine irreponible Geschwulst in der Narbe; bei der Operation zeigte es sich, daß sie das rechte Ovarium war; durch Einschnitt des offenstehenden Canalis Nuckii gelang es, das Ovarium zu reponieren.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

H. Riedl, Menstruatio praecox und Ovarialsarkom. (Aus dem städt. Allgem. Krankenhause in Linz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 35.) Das am 22. I. 98 geborene Kind war bei der Geburt schwächlich, soll sich aber nachher auffallend rasch entwickelt haben. Seit dem Beginn des vierten Lebensjahres besteht eine

periodisch auftretende genitale Blutung, die sich seither alle 3 Monate einstellte und immer 3—4 Tage dauerte. Seit den letzten 4 Monaten klagte das Kind oft über Schmerzen in der linken Unterbauchgegend; auch wurde seither eine allmählich zunehmende Vergrößerung des Bauches bemerkt. Eigentlich krank ist Pat. erst seit 8 Tagen, indem sich sehr heftige Bauchschmerzen, Stuhlverhaltung und Erbrechen geltend machen. Die Untersuchung bei dem Kinde, bei welchem sämtliche Merkmale der Frühreife ausgesprochen vorhanden waren, zeigte, daß es sich um einen Tumor handelte, und bei der Laparotomie, die am 23. III. 04 stattstand, wurde die manneskopfgroße Geschwulst exstirpiert, welche $2^1/_2$ kg schwer war.

Es ist nicht das erstemal, daß bei Menstruatio praecox Neubildungen des Ovariums vorhanden waren, vielmehr sind bereits einige derartige Fälle bekannt.

Grätzer.

A. Le Dentu, Les Sarcomes du vagin dans l'enfance. (La Presse Médicale. No. 41. S. 321.) Einleitend bemerkt Verf., daß das Sarkom der Vagina im Kindesalter hauptsächlich in Deutschland und Österreich zuerst zur Beobachtung gekommen ist. Die ersten Fälle sind von Kolisko (Wien. klin. Woch. 1889, No. 6) und Pick (Arch. f. Gynäkologie Bd. 46) beschrieben, eine Zusammenstellung der beobachteten Fälle von Veit u. Braun, Greifswald (Inaug.-Diss. Greifswald 1896) gegeben worden.

Sarkom der Vagina findet sich vom zartesten Kindesalter an bis hinauf in das höhere Alter. Sarkom des Kindesalters hat Veit in 17 Fällen beschrieben. Zu diesen fügt Verf. vier weitere Fälle, einer mitgeteilt von Braun, einer von P. Straßmann (Zentr. f. Gyn. 1899 S. 825), einer von Rabé 1902. Der letztere ist der erste in Frankreich publizierte Fall. Der vierte ist eigene Beobachtung. Es handelt sich dabei um ein Kind von $3^1/_2$ Jahren, das aus gesunder Familie stammt. Im Dezember 1899 geboren, hatte es stets normale Entwicklung genommen bis Mitte Januar 1903. Da kam es zu Fall und stieß sich dabei seinen Leib heftig gegen eine Holzbank an. Einen Monat nach dem Unfall bemerkte die Mutter, daß sich an der Vulva eine kleine braune Masse vorwölbte, und zu derselben Zeit kam es zum Abgang geringer Mengen blutiggefärbter Flüssigkeit. Schmerzen bestanden nicht. Der Tumor machte genau den Eindruck eines fötalen Kopfes in der Vagina unter der Geburt.

Beim Tuschieren fühlte man einen weichen, glatten Tumor, der vor dem palpierenden Finger auswich. Er sprang frei im Lumen vor, ohne mit der Wand irgendwo verwachsen zu sein. Das Collum uteri war vollständig eingenommen von dem Tumor und hoch nach oben verlagert. Abgesehen von einer absoluten Harnverhaltung, die sich aber nach einer Auskratzung der Tumormassen wieder besserte, zeigte Pat. keine Beschwerden bis Ende April und Anfang Mai. Während dieser Zeit begann der Tumor rapid zu wachsen, während er sich bis dahin auf demselben Volum gehalten hatte. Am 13. Mai 1903 wird die Operation ausgeführt und der Uterus samt Adnexen inkl. Scheide weggenommen. 3 Tage per op. erfolgte der Exitus.

Es folgt eine genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen

Befundes des Tumors und schließlich ein Schlußwort über die Zweckmäßigkeit bezw. Nichtzweckmäßigkeit eines operativen Eingriffes.

German (Göttingen).

G. Sommer (Niedermendig), Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Gynäkomastie. (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 40.) Ein 15jähriger Gymnasiast kam zu S. wegen oft heftiger, wechselnder, ziehender Schmerzen in beiden Brüsten, die er seit einigen Monaten habe. Bevor diese Schmerzen auftraten, sei ihm schon ein langsam zunehmendes Hervortreten der Brustdrüsen aufgefallen. Betreffs Heredität läßt sich nichts Besonderes nachweisen.

An dem mädchenhaft aussehenden Thorax fallen die kräftig entwickelten Mammae auf. Beide Drüsen sind gleich. Areolae leicht prominent, deutliche Montgomerysche Drüsen, Warzen entsprechend stark. Durch Palpation läßt sich deutlich ein Kranz von Drüsenläppchen nachweisen. Auf Druck keine Spur von Sekret. Grätzer.

L. Tobler, Über funktionelle Muskelhypertrophie infolge exzessiver Masturbation. (Aus der Universitätskinderklinik Heidelberg.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Februar 1905.)

6jähriges, körperlich und geistig normal entwickeltes Mädchen ist sonst ganz gesund, nur fällt sofort ein Volumenunterschied der beiden Beine auf, das linke erscheint durchwegs schmächtiger als das sehr plastische rechte. Genauere Untersuchung ergibt, daß es sich um eine Hypertrophie des ganzen rechten Beines, die sich am stärksten an der Wade ausspricht, nebst leichter Kontraktur oder Retraktion der Wadenmuskulatur rechts handelt.

Die Anamnese zeigte, daß das Kind seit Beginn des zweiten Lebensjahres an eigentümlichen „Schmerzanfällen" im Leibe leidet, wobei das rechte Bein von dem Kinde steif gehalten wird und stoßende Bewegungen ausführt.

Pat. wird zur Beobachtung in die Klinik aufgenommen, wo sehr bald ein „Anfall" beobachtet wird. Das Kind liegt bei freiem Sensorium da, mit gerötetem Gesicht, glänzenden Augen, die Haut etwas feucht. Unter der Decke sah man das rechte Bein zuckende Bewegungen ausführen. Nach dem Bloßdecken bemerkte man folgendes: die rechte Hand war mit krampfhaft gespreizten Fingern auf der Unterlage ausgestreckt, die linke Hand zwischen die Oberschenkel geklemmt, das rechte Bein im Hüft- und Kniegelenk leicht gebeugt, der Fuß in extremer Plantarflexion; die Wadenmuskulatur sprang athletenhaft vor, das ganze Bein fühlte sich bretthart an und führte in diesem Zustande kurze, reibende Bewegungen am anderen Beine aus.

Es handelte sich hier offenbar um einen exzessiven Grad von Masturbation, und die Hypertrophie war eine Arbeitshypertrophie, welche erklärlich war, da nach Angabe der Mutter jene „Krämpfe", welche mit dem äußerst energischen Kontraktionszustande der Muskeln einhergingen, oft Tag und Nacht ununterbrochen andauerten. Es wurde ferner eine abnorme Fußstellung durch den dauernden Muskelzug eingenommen, die anhaltende einseitige Hyperfunktion führte dann zu einer ebenso einseitigen Hypertrophie und so sekundär zum Überwiegen der hinteren Unterschenkelmuskeln über die vorderen. So erklärt sich die Kontraktur der Wadenmuskulatur.

Strenge Aufsicht, ein nachts zwischen die Unterschenkel geschnallter Sperrapparat, hydrotherapeutische Prozeduren machten der Masturbation ein Ende; die Kontrakturstellung des Fußes wurde durch passive Bewegungen beeinflußt.

Als Belag für das frühe Vorkommen der Masturbation im ersten Lebensjahre führt T. noch folgenden Fall an:

7 monatlicher Säugling leidet seit 4 Wochen an eigentümlichen Anfällen. Der rechte Unterschenkel legt sich bei vollständig gebeugtem Knie der Innenseite des Oberschenkels an. Der rechte Absatz wird fest in die Vulva eingebohrt, der rechte Fuß in der Kniekehle des linken Beines festgehalten. In dieser Stellung führt das Kind fast ununterbrochen kreisende und bohrende Bewegungen aus, wobei es von Zeit zu Zeit zu ausgesprochenem Orgasmus kommt. Örtliche Reizung nicht nachweisbar.

Auch hier war die Behandlung — leichte Fixation der Beine in gespreizter Stellung durch Umschlingen mit der Windel und Feststecken derselben mit Nadeln — von Erfolg begleitet. Grätzer.

E. Deutsch, Das Kind und die Prostitution. (Köze gèscsègügyi Kalaur. 1. XI. 1904.) Nicht jede Prostituierte ist ein „homo deliquens", bei entsprechender Prophylaxe kann viel gegen dieses schreckliche soziale Übel geleistet werden. Regelung der Kinderarbeit, Einrichtung entsprechender Arbeiterwohnungen, Separatunterricht abnormer Schüler, Überwachung lasciver Greise, Verfolgung perverser Pädagogen, Einrichtung von Kinderschutzstationen schlägt der Verf. als Waffen gegen die entsetzlichste Krankheit der Gesellschaft vor.

Autoreferat Ernst Deutsch (Budapest).

Giacomo di Lorenzo, Die Zunahme der hereditären Syphilis bei den Findlingen und die Notwendigkeit besonderer Säle in den großen Findelhäusern zur Behandlung und Prophylaxe der Syphilis. (La Pediatria. III. 1904.) Verf. faßt seine Forderungen in 15 Sätzen zusammen; er selbst hat nach den darin niedergelegten Vorschlägen am Ospizio dell' Anunziata in Neapel eine Abteilung eingerichtet und mit bestem Erfolg geführt. F.

Jesionek, Ein Beitrag zur Lehre von der Vererbung der Syphilis. (Aus der k. dermatolog. Klinik zu München.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 49 u. 50.) Die Beobachtungen J.s haben zu ganz anderen Ergebnissen geführt, als die Matzenauers. J. kann aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse ziehen:

I. Das Sperma eines Syphilitikers kann Kontaktinfektion bewirken.

II. Das Sperma kann die Syphilis vom Vater auf die Frucht übertragen; es gibt eine paterne Vererbung.

III. Es gibt einen „Choc en retour". Grätzer.

P. Misch, Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 1.) Eine der merkwürdigsten Erfahrungen in der Vererbungslehre der Syphilis ist die, daß anscheinend gesunde Mütter von ihrem syphilitischen Manne syphilitische Kinder zur Welt bringen und dann in zweiter Ehe von ihrem zweiten, gesunden, eventuell auch vom dritten Manne wieder syphilitische Kinder gebären, obwohl die Mütter selbst in der ganzen Zeit anscheinend ohne Syphiliserscheinungen geblieben sind. Verf. berichtet von einem einschlägigen Fall: Die Mutter eines manifest syphilitischen Säuglings ist in zweiter Ehe verheiratet; in erster Ehe hat sie zunächst ein gesundes Kind geboren; in den nächsten Jahren folgte ein Abort, dann drei faultote Früchte und eine Frühgeburt mit 8 Monaten, die bald starb. Von ihrem zweiten Mann bekam sie zuerst zwei

Frühgeburten und dann das erwähnte manifest luetische Kind. Während sich herausstellte, daß ihr erster Mann sich nach dem ersten Kinde spezifisch infiziert hatte, erwies sowohl sie selbst als auch ihr zweiter Mann sich als vollkommen syphilisfrei. Sie hatte auch niemals außer einem Defluvium capillorum zur Zeit der Geburt des zweiten Kindes irgendwelche verdächtige Symptome. Verf. glaubt nicht an eine mystische Imprägnation der Ovarien mit dem väterlichen Syphilisgift, sondern glaubte, den Fall in die Katogorie der mütterlich vererbten einreihen zu sollen, wobei die Erkrankung der Mutter verborgen geblieben ist.

Hecker.

G. Coulon (Paris), Hémorragies intestinales mortelles chez un nourrisson syphilitique. (Arch. de méd. des enf. Février 1905.) Der Verf. gibt die Krankengeschichte eines 10 Monate alten, hereditär syphilitischen Kindes, welches eine antiluetische Kur mit Liq. Van Swieten mit gutem Erfolge durchgemacht hatte, dann zufällig an Scharlach und Diphtherie erkrankt war und 14 Tage später Melaena bekam, wodurch der Tod in wenigen Tagen herbeigeführt wurde. C. fragt sich, worauf diese Erkrankung zurückzuführen wäre. Die durchgemachte Scarlatina hatte keinen hämorrhagischen Charakter, auch die Diphtherie, welche übrigens nicht durch bakteriologische Untersuchung als solche festgestellt worden ist, und ebensowenig auch die gemachten Seruminjektionen könnten hierfür verantwortlich gemacht werden, und man könnte nur annehmen, daß es sich um eine syphilitische Erscheinung, vielleicht ein Darmgeschwür mit nachfolgender Blutung, gehandelt hatte. Ähnliche Fälle sind auch von Joly, Lepage und Lop beschrieben worden, doch handelte es sich bei denselben um Erkrankungen kurz nach der Geburt. Die syphilitische Natur dieser Fälle wurde dadurch erwiesen, daß in zweien derselben eine gleich eingeleitete spezifische Behandlung Heilung des Zustandes herbeiführte.

E. Toff (Braila).

P. Gaston, La coryza syphilitique. (Revue d'hygiène et de méd. infant. 1904. No. 3.) Der Verf. unterscheidet verschiedene Formen dieser Erkrankung, je nachdem die Veränderungen sich nur im Vorderteile der Nase entwickelt, oder auch die hintere Hälfte der Nasengänge, die Rachentonsille und den Pharynx ergriffen haben. Die Läsionen sind infektiösen Ursprunges und findet man immer zahlreiche Streptokokken; die Spezifizität tritt in den Hintergrund.

Da die Krankheit zu zahlreichen und auch gefährlichen Komplikationen Veranlassung geben kann, soll dieselbe nicht leicht genommen, sondern gleich in entsprechender Weise behandelt werden. Hierfür empfiehlt G. außer der spezifischen Behandlung, Pinselungen mit Mentholöl 1 %, Kreosotglycerin $2\frac{1}{2}$ %, außerdem Waschungen mit Wasserstoffsuperoxyd und doppelt kohlensaurem Natrium; endlich noch Ätzungen mit Lapislösung von $\frac{1}{2}$—1 %.

E. Toff (Braila).

A. B. Marfan (Paris), Cornage congénital chronique. Hypertrophie du thymus. Syphilis héréditaire. (Revue mens. des malad. de l'enf. Février 1905.) Der 15 Monate alte Knabe hatte von Geburt an an Atembeschwerden gelitten, welche sich sowohl beim

Ein- als auch beim Ausatmen bemerkbar machten, und zwar unter der Form eines eigentümlichen Stridors. Aufregungen, namentlich Weinen, vermehrten die Beschwerden und traten mitunter förmliche asphyktische Anfälle auf. Während einer solchen Verschlimmerung wurde das Kind ins Krankenhaus gebracht, intubiert und, als dieses nicht viel nützte, tracheotomiert. Gleichzeitig wurde auch das Bestehen einer leichten Bronchopneumonie festgestellt. Nach Serumeinspritzungen keine merkliche Besserung des Zustandes, auch die vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen auf Diphtheriebazillen fielen negativ aus. Der Zustand besserte sich, doch blieb das stridulöse Atmen. Nach 3 Monaten erneute asphyktische Anfälle, und im Laufe eines solchen trat Exitus ein, bevor irgendwelcher Eingriff gemacht werden konnte. Die vorgenommene Nekropsie ergab das Vorhandensein normaler Verhältnisse und das Fehlen jedweder Läsion im Kehlkopfe, das Fehlen von Tuberkulose und tracheobronchitischen Drüsenschwellungen, hingegen eine bedeutende Hypertrophie der Thymus, und syphilitische Läsionen der Milz. Letztere bestanden hauptsächlich in einer Kongestion und hämorrhagischen Infiltration des Organes, in Infiltration und Schwellung der Malpighischen Körperchen als Anfang gummöser Bildungen; außerdem arterielle Veränderungen, wie sie für Syphilis charakteristisch sind, mit einem leichten Grad von amyloider Degenereszenz der Adventitia. Es handelte sich also in diesem Falle um Respirationshemmungen, welche durch eine Kompression der Trachea seitens der vergrößerten Thymusdrüse hervorgerufen wurden, Veränderungen, welche vielleicht auf syphilitische Degenerierung der Milz mit kompensatorischer Hypertrophie der Thymus zurückzuführen sind. E. Toff (Braila).

Lauritz Melchior (Däne), Aortitis fibrosa und andere Aortaleiden bei Syphilitischen. Pathologisch-anatomische Untersuchungen. (Habilitationsschrift. Kopenhagen 1904.) Von speziellem Interesse für Kinderärzte findet man in dieser großen, genauen, kritischen Arbeit eine Beschreibung von 3 Fällen von Aortaleiden bei Kindern, die an angeborener Syphilis litten. Das Leiden trat in Form von Intimaverdickungen in der Aorta descendens auf und war gewissen Aortaerkrankungen bei erwachsenen Syphilitischen ähnlich.

Der Verf. glaubt, der erste zu sein, der solche Aortaentzündungen bei Kindern mit angeborener Syphilis nachgewiesen hat.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

E. Hoffmann, Venenerkrankungen im Verlauf der Sekundärperiode der Syphilis. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 73.) Die syphilitischen Venenentzündungen lassen sich in drei Gruppen einteilen, strangförmige Phlebitis, nodöse Syphilide (oder Periphlebitis) und Erythema nodosum syph. Die nodösen Syphilide lokalisieren sich an den varicösen Venen des Unterschenkels, die strangförmige Phlebitis befällt vorwiegend die Venae saphenae, und das Erythema nodosum syphiliticum geht gewöhnlich mit Fieber einher, es handelt sich hier zuerst um eine Phlebitis kleiner subkutaner Venen. Max Joseph (Berlin).

Luigi Concetti, Malum Potii syphilitischer Natur. (Rivista di Clinica Pediatrica. VIII. 1904.) Verf. berichtet über ein 7jähriges Kind, bei dem ohne jedes auf Tuberkulose deutende Präzedens und ohne daß in der Familienanamnese etwas von Tuberkulose vorhanden war, während es sich in blühendster Gesundheit befand, in der Gegend des I. und II. Dorsalwirbels und am Übergang von der Dorsal- zur Lumbalwirbelsäule je ein Höcker entstand. Die unteren Extremitäten waren etwas rigide, adduziert, die Füße in Pes equinus varus-Stellung. Die aktive Beweglichkeit war sehr beschränkt. Die Lumbalpunktion ergab 2—3 ccm heller Flüssigkeit, deren Untersuchung in bezug auf die Cytodiagnose ein absolut negatives Resultat gab. Tuberkulininjektionen führten zu keiner Reaktion. Da der Vater des Kindes syphilitisch war, so wurde eine spezifische Kur eingeleitet, die auch bald den Effekt hatte, daß das Kind wieder gehen konnte; entsprechend dem I. Dorsalwirbel blieb noch ein kleiner Gibbus bestehen. Verf. hält den Fall für eine Spondylitis syphilitica hereditaria. F.

E. Finckh, Zur Säbelscheidenform bei Syphilis hereditaria tarda. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 44. Heft 3.) **Harry Moses,** Beitrag zum Wesen der kongenital-syphilitischen „Tibia en lame de sabre". (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 44. Heft 3.) Wie Wieting, erblickt F. in der reellen Verkrümmung der Tibia und in der Vermehrung ihres Längenwachstums ein charakteristisches Merkmal der ererbten Spätsyphilis. In dem von ihm mitgeteilten Falle, in dem bei der 24jährigen Pat. sowohl mit Rücksicht auf die spezifische Erkrankung der Eltern als auch die allmählich sich bei der Kranken manifestierenden Symptome selbst — parenchymatöse Keratitis, Knochenschmerzen, Arthropathie, Geschwüre und Knochenauftreibungen — die Annahme einer hereditären Lues keinem Zweifel begegnete, hat die Röntgenuntersuchung gezeigt, daß einmal die Achse der Tibia wirklich verbogen war, und ferner die hintere Fläche des Knochens dieser Biegung auf das genaueste folgte — ein unwiderleglicher Beweis für die Existenz einer reellen Verbiegung. Auch an den Wadenbeinen, besonders an der linken Fibula, war ein vermehrtes Wachstum deutlich ausgesprochen.

In dem von M. mitgeteilten Falle hat bei dem 24jährigen Pat. die beiderseitige hochgradige Verkrümmung der Unterschenkel die Indikation für eine Operation, bestehend in einer keilförmigen Resektion der Tibiae und einer Durchmeißelung der Fibulae gegeben. Der Effekt der Operation war ein befriedigender. Die Verkrümmungen wurden fast völlig ausgeglichen und dem Pat. war das Gehen erheblich erleichtert worden. Die resezierten Knochenstücke ließen erkennen, daß die kortikale Schicht besonders an der Vorderseite eine erhebliche Verbreiterung durch Hyperostosenbildung erfahren hatte. An dem einen Keile sah man am vorderen Rande eine kleine usurierte Stelle, in deren Nachbarschaft der Knochen weithin scheinbar total eburnisiert war. Eine 4 mm dicke, hier abgesägte Knochenscheibe ließ jedoch im Röntgenbilde fast überall, auch an Stellen, die ganz elfenbeinern erschienen, feine Kanälchen und Bälkchen erkennen. Andererseits zeigte

die Röntgenaufnahme eines Keiles von der Basis her — also im anteroposterioren Durchmesser des Knochens — nur einen tiefen Schatten, in dem keinerlei Struktur wahrnehmbar war, und doch ergab die nähere Untersuchung des Knochenstückes, daß sich in demselben eine erbsengroße Höhle befand, die zum Teil mit morschen Knochenbälkchen erfüllt war. Dieser Rarefikationsherd — der offenbar der Sitz eines gummösen Prozesses gewesen war — markierte sich also absolut nicht bei der Durchstrahlung, sondern wurde durch das ihn umgebende, total sklerosierte Knochengewebe völlig verdeckt. Man muß also annehmen, daß es nicht möglich ist, mittels der Röntgenuntersuchung in Knochenpartien, die durch luetische Prozesse stark sklerosiert sind, Gummata nachzuweisen. Joachimsthal.

G. Müller (Berlin), Die Frühdiagnose bei orthopädischen Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Prognose. (Die Therapie der Gegenwart. Februar 1905.) M. bringt nicht viel Neues, gibt aber ein präzises Bild über die Anfangsstadien der häufigsten orthopädischen Erkrankungen, und zeigt, wie wichtig es ist, diese ersten Anfänge der betreffenden Affektionen zu erkennen, um sofort wirksam eingreifen zu können. Grätzer.

F. Lange (München), Die Behandlung der Skoliose durch die aktive und passive Überkorrektur. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 1.) L. hat durch seine sehr geistreich erdachte Methode und zweckmäßig konstruierten Apparate recht bemerkenswerte Erfolge erzielt. Die mit zahlreichen Abbildungen versehene Arbeit muß im Original studiert werden. Grätzer.

Denis G. Zesas, Über die Beziehungen zwischen Plattfuß und Skoliose. (Zeitschrift f. orthopäd. Chir. Bd. 13. Heft 4. S. 783.) Auf Grund von Beobachtungen aus der Berliner Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie, die ergaben, daß bei der Skoliose meist beiderseitiger Plattfuß vorliegt, kommt Z. zu dem Schluß, daß der Plattfuß in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle als eine Begleiterscheinung der Skoliose aufzufassen ist und kein statisch-ätiologisches Moment derselben darstellt. Joachimsthal.

G. Hohmann, Zur Behandlung des Schiefhalses. (Zeitschrift f. orthopäd. Chir. Bd. 13. S. 10.) Nach H.s Bericht durchschneidet Lange (München) den Kopfnicker beim muskulären Schiefhals nicht unten am sternoklavikularen Ansatz, sondern oben am Ansatz am Warzenfortsatz. Dann kann der Kopf ohne weiteres bis zur Überkorrektur redressiert werden. Unter Anspannung des verkürzten Kopfnickers legt man einen etwa 3 cm langen Hautschnitt auf dem Muskel selbst parallel seiner Verlaufsrichtung an, der ungefähr am Ansatz beginnt. Fascien und Platysma werden durchtrennt; dann wird der Sternocleidomastoideus freigelegt und auf dem Kocherschen Elevatorium quer durchtrennt. Sind alle Stränge durchschnitten, so wird der Kopf ausgiebig redressiert. Die kleine Hautwunde wird genäht und 2 mal 24 Stunden mit Sublimatdraht drainiert. Zur Fixierung des Operationsresultates wird ein Gipsverband angelegt, der Brust und Stirn zirkulär umgreift und unter Freilassen der

Kehlkopfgegend vorn, den Kopf von der Seite her in leichter Überkorrektur hält. Vor Übertreibung der Überkorrektur ist wegen leicht eintretenden Kollapses zu warnen. 10 Tage nach der Operation können durch ein Fenster im Verband die Nähte entfernt werden. Der Gipsverband selbst bleibt 14 Tage liegen. Dann beginnt die eigentliche Nachbehandlung mit Hilfe einer Krawatte, die nach einem Gipsabguß in überkorrigierter Stellung aus Zelluloidstahldraht angefertigt wird. Sie wird zunächst 14 Tage lang Tag und Nacht getragen, dann kann sie am Tage fortgelassen werden; an ihre Stelle tritt täglich $^1/_2$ Stunde Suspension in der Sayreschen Krawatte, wobei der Riemen auf der Seite der Deformität kürzer geschnallt wird als auf der anderen Seite und gleichzeitig der Kopf so gedreht wird, daß das Ohr der gesunden Seite nach vorn sieht. Diese Nachbehandlung muß 2—3 Monate fortgesetzt werden, will man vor jedem Rezidiv sicher sein. Joachimsthal.

Kempf, Über Ursache und Behandlung des Caput obstipum muscular. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 73. Heft 4—6. S. 351.) Die histologischen Befunde am Kopfnicker des Schiefhalsigen sind nach K.s Beobachtungen in der Hannoverschen Kinderheilanstalt nicht beweisend für die entzündliche Natur des Leidens. Sie sprechen vielmehr für eine ischämische Entstehung des Caput obstipum. Für den Eintritt von Ischämie bietet der Kopfnicker vermöge seiner exponierten Lage und seiner eigentümlichen Gefäßverhältnisse ein besonders günstiges Objekt. In manchen Fällen können trophoneurotische Vorgänge die Wirkung der Ischämie steigern. Die Indurationen des Sternocleidomastoideus sind pathologisch-anatomisch dem hämorrhagischen Infarkt vergleichbar; sie können, ohne Schädigungen zu hinterlassen, verschwinden, gelegentlich aber auch die ischämische Kontraktur einleiten. Ischämisch-neuropathische Einflüsse können den Sternocleidomastoideus intrauterin, intra partum und im späteren Leben treffen.

K. hält auf Grund seiner Beobachtungen an 37 von Kredel (Hannover) operierten Fällen die offene Durchschneidung des Kopfnickers mit querem Hautschnitt für das Normalverfahren.

Joachimsthal.

A. Schanz, Über das Rezidiv nach Schiefhalsoperationen. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 13. Heft 4. S. 658.) Sch. verhindert das Eintreten eines Rezidivs nach Schiefhalsoperationen durch 6 Wochen lange Applikation eines Watteverbandes, dessen elastischer Druck eine Extension des Halses und eine Auseinanderlagerung der Muskelwundflächen bewirkt. Auf die genähte Wunde kommt zunächst ein kleiner aseptischer Verband. Dann umwickelt Sch. den Hals mit einer drei- bis vierfachen Watteschicht, die durch Bindentouren festgelegt wird. Darüber kommt eine zweite Wattelage, in die man auf der operierten Seite behufs Überkorrektur ein Wattekissen einfügen kann. Diese Watteschicht wird wieder durch Bindentouren, die schon straffer als die ersten angezogen werden, festgelegt. Ob man noch eine dritte Lage darüberlegt oder nicht, hängt davon ab, ob die Wattehülle schon die nötige Festigkeit und Druckkraft erlangt hat. Lockert sich der Verband, was gewöhnlich in 3—4 Tagen geschieht, so wickelt

man ihn ab und legt ihn frisch an, oder man legt eine Binde und eine neue Wattelage darüber.

Derselbe Verband wird von Sch. mit recht günstigem Erfolg auch bei der Behandlung der Spondylitis cervicalis verwendet.

Joachimsthal.

E. Thiers, Die offene Tenotomie und die partielle Exstirpation des Sterno-mastoideus in der Behandlung des angeborenen Schiefhalses. (Inaugural-Dissertation. Lyon 1904). Der Verf. bespricht Vor- und Nachteile beider Methoden und findet, daß keine derselben vollkommene Resultate ergibt. Beide geben eine Abflachung des Halses und können nicht zu einer vollständigen Beseitigung der mit dem Schiefhalse verbundenen Formfehler Veranlassung geben. So bleibt trotz Operation die Asymmetrie des Kopfes und Gesichtes, die Skoliose usw. Im großen und ganzen ist die Muskelresektion der einfachen Tenotomie vorzuziehen. Nach letzterer kommen Rezidive viel häufiger vor, auch das kosmetische Resultat ist kein besseres. Auch die Nachbehandlung ist nach Tenotomie nicht einfacher und kürzer als nach der Resektion. Jedenfall muß die Resektion für die schweren Formen und die Rezidive vorgezogen werden.

E. Toff (Braila).

Arthur Schlesinger, Zur Atiologie und pathologischen Anatomie der Coxa vara. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 75. Heft 3. S. 629.) Schl. bespricht die Ätiologie und pathologische Anatomie der Coxa vara an der Hand von 11 Fällen der v. Bergmannschen Klinik. Von diesen gehören zwei in die Gruppe der Coxa vara adolescentium, einer, in dem eine Resektion zur Ausführung kam, zur Coxa vara traumatica (traumatische Epiphysenlösung), zwei zur Coxa vara gesunder Kinder, die übrigen sechs zur Coxa vara rachitica. In dem von dem Resektionsfall gewonnenen Präparat fielen nekrotische Veränderungen auf, die nicht nur in dem untersten Teil, sondern in geringem Grade auch in den übrigen Teilen des Kopfes, dagegen nirgends im Halse bestanden. Schl. betrachtet sie als das Resultat einer schweren Ernährungsstörung, die den ganzen abgerutschten Kopf und am meisten die untersten Partien befallen haben, nicht deswegen, weil dieselben außer Kontakt mit der Pfanne waren (sonst müßten ja die oberen Partien verschont geblieben sein), sondern weil sie diejenigen waren, die am meisten den Kontakt mit dem für ihre Ernährung sorgenden Schenkelhalse verloren hatten. Schl. glaubt, daß das Mißverhältnis zwischen statischer Inanspruchnahme und statischer Leistungsfähigkeit allein genügt, die Coxa vara adolescentium zu erklären, und daß wir nicht nötig haben, eine imaginäre Knochenkrankheit, für die wir keine anatomischen Anhaltspunkte haben, anzunehmen. Nur ist die Überlastung nicht als ein gleichmäßiger Druck des Körpers auf das obere Femurende aufzufassen, der langsam eine Verbiegung herbeiführt, sondern als eine fortlaufende Reihe von Traumen, die schließlich einmal eine Lockerung in der Epiphysenlinie bewirken, welche entweder sofort oder allmählich durch die weitere Belastung zur Abrutschung des Kopfes gegen die Epiphyse führt. Identisch mit dieser Form ist die Coxa vara der gesunden nicht rachi-

tischen Kinder, bei der wir gleichfalls die Abrutschung des Kopfes gegen den Hals finden. Bei rachitischen Formen fand Schl. symmetrische Verbiegungen der Hälse gegen den Schaft neben Frakturen oder Infraktionen im Schenkelhals. Joachimsthal.

E. Kirmisson, Über die traumatische Epiphysenlösung. (Klinisch-therap. Wochenschrift. 1904. No. 44 u. 45.) K.. bespricht zunächst genauer die Ätiologie und pathologische Anatomie der traumatischen Epiphysenlösung im allgemeinen und geht dann auf die einzelnen Lokalisationen noch genauer ein. Grätzer.

Al. Bolintineanu und **Victor V. Gradinescu,** Die traumatische Ablösung des unteren Epiphysenendes der Tibia bei einer Fraktur der Unterschenkelknochen. (Spitalul. 1904. No. 12/13.) Der betreffende 14jährige Knabe wurde beim Reiten vom Pferde abgeworfen und flog über den Kopf desselben hinweg. Er fiel auf den inneren Rand des rechten Fußes und wurde dieser Körperteil durch die Schleuderkraft des Falles noch etwa 1 m auf dem Boden geschleift. Man fand an der inneren Seite des rechten Fußgelenkes eine stark blutende Wunde, aus welcher das untere Ende eines Knochen hervorragte und ergab die nähere Untersuchung eine Trennung des unteren Tibiaendes von der Epiphyse.

Derartige epiphysäre Ablösungen sind selten und kommen mit Bezug auf die Seltenheit des Vorkommens in zweiter Reihe, unmittelbar nach der Epiphysentrennung des unteren Femurendes.

Die Einrichtung und Erhaltung der getrennten Knochenstücke in der richtigen Lage konnten nicht erzielt werden und wurde der Fuß in eine Hohlschiene gelegt. Außerdem machte man präventiv, da die Wunde stark mit Erde verunreinigt war und in diesem Zustande 24 Stunden verblieben war, zwei Einspritzungen mit je 14 ccm antitetanischem Serum. E. Toff (Braila).

V. Bülow-Hansen (Norweger), Über die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1904. No. 12.) Der Verf. hat 55 Repositionen ad modum Lorenz gemacht. Bei 24 Pat. war der Erfolg in 50 % ideale Reposition, in 33,3 % exzentrische Reposition. Der Verf. beschreibt eingehend die wichtige Nachbehandlung.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Otto Braun, Zur unblutigen Therapie der Luxatio coxae congenita. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 74. Heft 3.) B. berichtet über die von Lexer in der Berliner chirurgischen Poliklinik mit der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation erzielten Resultate. Diese Therapie wurde in allen Fällen versucht, in denen die Einstellung des Kopfes in die Pfannengegend nur möglich war. Nur bei völliger Unmöglichkeit der Überführung des Kopfes in die Repositionsstellung wurde von vornherein zur blutigen Behandlung geschritten. Sämtliche seit 1897 behandelte Fälle wurden ohne Anwendung der bis dahin benutzten Extensionsschraube rein manuell durch Bewegungsmanöver mit gelindester Muskelkraft, und zwar durchweg ambulant behandelt.

Von 121 Kindern, bei denen die unblutige Behandlung vor mindestens Jahresfrist abgeschlossen ist, sind 60 Pat. (50 %) völlig heil, in dem Sinne, daß sie einen normalen Gang besitzen und das Hüftgelenk alle funktionellen Anforderungen wie ein gesundes erfüllt. Auf die Zahl der Gelenke berechnet, sind von 160 kongenital luxierten Gelenken 86 ($53\,^3/_4$ %) zur funktionellen Restitution gebracht worden. Die Statistik enthält 20 Fälle, welche sich als ungenügend für die Lorenzsche Behandlung erwiesen und deshalb nach erfolgter unblutiger Probereposition blutig behandelt wurden; sie wurden bei Erwähnung des obigen Heilresultates trotzdem mitgerechnet, weil ihre Abstraktion den faktischen Wert einer objektiven Statistik beeinflussen würde. Rechnet man ferner 11 Fälle ab, deren Status zurzeit nicht kontrollierbar war, so liegen die Resultate der durchgeführten Behandlung an 90 Kindern vor (117 Gelenke), von denen in 60 (72 Gelenke) — in $^2/_3$ aller Fälle — völlige funktionelle Heilungen erzielt wurden.

Joachimsthal.

Höftmann, Zur Reposition kongenitaler Oberschenkelluxationen. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 13.) H. hyperflektiert bei der angeborenen Hüftluxation bei Adduktion das Bein und rotiert es sodann stark nach außen; der Kopf gelangt so in die Pfannengegend. Hierauf sucht er das Bein nach hinten zu hyperextendieren, was nur möglich ist, wenn man die starke Rotation nach außen etwas ermäßigt und dadurch das Band etwas entspannt. Hierauf folgt bei andauernder Hyperextension eine Zirkumduktion nach innen, so daß aber am Ende immer noch eine leichte Außenrotation bestehen bleibt, danach Eingipsen in leicht hyperextendierter und leicht außenrotierter Stellung, bei der man die Außenrotation um so mehr verringern kann, je mehr man das Bein der Adduktionsstellung nähert, da durch Adduktion das Ligamentum Bertini gespannt erhalten wird. Die Kinder können sogleich in verhältnismäßig guter Stellung ohne starke Abduktion gehen.

Die bisher von H. behandelten Fälle sind zu frisch, als daß der Autor über ein Endresultat berichten könnte.

Joachimsthal.

A. Schanz, Zur unblutigen Behandlung angeborener Hüftverrenkung. (Centralbl. f. Chir. 1904. No. 41.) Sch. empfiehlt einen Handgriff, der sich ihm bei der Einrenkung in einer beträchtlichen Zahl von Fällen bewährt hat und der ihm Vorteile vor den bisher angegebenen Handgriffen zu bieten scheint. Er läßt das Becken des Pat. durch einen auf der kranken Seite stehenden Assistenten fest auf der Tischplatte fixieren, tritt auf die gesunde Seite und legt den einzurenkenden Schenkel so über den Bauch des Pat., daß die Femurachse über den Nabel verläuft. Das Hüftgelenk kommt also in Flexion und Adduktion. Sch. faßt nun in das gebeugte Knie und übt einen Zug in der Richtung der Oberschenkelachse aus. Damit ist in manchen Fällen schon die Reposition erreicht, meist muß man noch eine Drehung des Oberschenkels im Sinne einer Innenrotation hinzufügen oder einige Male zwischen Innen- und Außenrotation wechseln. Bei jungen Kindern erreicht man mit diesem Handgriff überraschend schnell die Reposition. Man braucht die Kinder nicht

in tiefe Narkose zu bringen, in vielen Fällen ist die Reposition ohne Narkose, sonst in Halbnarkose auszuführen. In schwierigen Fällen, besonders bei älteren Kindern, kann man den Handgriff noch durch einen Druck unterstützen, den man in der Richtung der Femurachse auf den Trochanter ausüben läßt. Sch. ist bei einem 11jährigen Kinde zur Einrenkung mit Hilfe dieses Handgriffes in der ersten Sitzung gekommen. Bei dem Handgriff kommt der Kopf nur lose auf die Pfanne; festgehalten wird er in derselben erst, wenn man das Bein in die Retentionsstellung, also in starke Adduktionsstellung bringt. Bei dem Übergange von der Repositions- in die Retentionsstellung gibt man einen Gegenhalt mit der Hand gegen den Trochanter.

Die Fixation in dem üblichen Gipsverband beschränkt Sch. auf 3—6 Wochen und überläßt den Kindern die Nachbehandlung in der Hauptsache selbst auszuführen. Mit den Resultaten der Behandlung ist Sch. sehr zufrieden. Joachimsthal.

A. Narath, Beiträge zur Therapie der Luxatio coxae congenita. (Erfahrungen auf Grundlage von 109 behandelten Luxationskindern.) N. berichtet in der vorliegenden Arbeit über seine an 109 Luxationskindern mit der unblutigen Behandlung gemachten Erfahrungen. Bei 100 Kindern hatte N. Gelegenheit, in der Familie genaue Erkundigungen einzuziehen, welche zu dem überraschenden Ergebnis führten, daß bei nicht weniger als 40 Kindern mindestens ein zweiter Fall von Hüftluxation in der Familie vorkam. Bei den 109 Pat. mit 150 luxierten Gelenken wurden 126 Gelenke reponiert, 5 transponiert, 19 waren für die Behandlung ungeeignet. Einrenkungsgeräusche und Einrenkungserschütterungen können in etwa einem Drittel aller Fälle fehlen, dennoch können solche Fälle noch ein in kosmetischer, funktioneller und anatomischer Hinsicht ausgezeichnetes, ja ideales Resultat geben. N. vertritt die Anschauung, daß die möglichst sichere Fixation des Kopfes in der Pfanne ein ungemein wichtiger Faktor sei, dem gegenüber die funktionelle Belastung ganz in den Hintergrund zu treten hat. Nach dieser Überzeugung hat er stets beide Hüftgelenke und das Kniegelenk der reponierten Seite mit in den Verband eingezogen.

Für den ersten Gipsverband empfiehlt sich, wie groß auch immer die Anteversion des Kollum sein möge, nach N. stets die Rotation nach außen, vorausgesetzt, daß sie mit einer Abduktion von mindestens 90° kombiniert ist. Handelt es sich um eine einseitige Reposition, so reicht auf derselben Seite der Verband ungefähr bis zur Mitte des Unterschenkels, auf der anderen bis dicht oberhalb des Knies. Bei doppelseitig reponierten Gelenken geht der Verband etwa bis zur Mitte beider Unterschenkel. Der erste Verband blieb gewöhnlich 3 Monate liegen und wurde nur dann erneuert, wenn er wegen Abmagerung der Kinder relativ zu weit oder wenn er defekt wurde, oder wenn der geringste Verdacht auf eine Kopfverschiebung bestand. War nach Abnahme des ersten Verbandes mit Sicherheit konstatiert, daß der Kopf die Pfanne nicht verlassen hatte, so wurde in der Regel das stark abduzierte Bein etwas adduziert, und zwar in der Frontalebene. War die Abduktion mehr als 90°, so betrug sie für

den zweiten Verband 90°, war sie hingegen schon im ersten Verband von dieser Größe, so wurde sie je nach dem Falle auf 80—70° reduziert. An der Streckung und Rotation nach außen wurde nichts geändert. Beim dritten Verband, der nach 6 Wochen bis 2 Monaten angelegt wird, kommt das Bein wiederum in etwas stärkere Adduktion. Das Knie wird nun freigelassen und jetzt dem Schenkel Gelegenheit gegeben, sich nach innen zu drehen. Der vierte Verband unterscheidet sich vom dritten nur dadurch, daß die Abduktion wieder etwas vermindert ist. Nach dem vierten Verbande, der auch wieder 6—8 Wochen liegen bleibt, wird in der Regel die Extremität ganz freigelassen. Eine Nachbehandlung fand in sehr vielen Fällen überhaupt nicht statt, in anderen wiederum wurden nur einfache Gehübungen vorgenommen und in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen wurde eine methodische gymnastische Behandlung durchgeführt. Niemals aber kamen die Kinder in irgend einen Apparat oder trugen einen Gürtel.

N. bekam bei einseitigen Luxationen in 36 (73 %) ein ideales, bei 24 (48 %) ein sehr gutes und in 32 (65 %) der Fälle ein gutes funktionelles Resultat. Für die doppelseitigen Fälle zeigte sich in mehr als 46 % ein in jeder Beziehung ideales, in mehr als 25 % noch ein sehr gutes Ergebnis. Joachimsthal.

J. Gerard Milo, De Zuigeling in het gipsbed. (Med. Weekblad. 11. Jahrgang. 1.) Verf. teilt einen Fall mit, in dem er bei einem 5 Monate alten Kinde das Gipsbett Lorenz appliziert hat. — Der Erfolg war sehr gut. Plantenga (Haag).

S. Kofmann, Die ambulante Behandlung der Oberschenkelfrakturen. (Aus der Abteilung für Kinderchirurgie des israelitischen Spitals in Odessa.) (Centralbl. f. Chirurgie. 1904. No. 49.) K. hat die Prinzipien der Lorenzschen Koxitisbehandlung auf die Behandlung der Oberschenkelfrakturen übertragen und kann die Methode nach 2jähriger Durchführung empfehlen.

Das Verfahren gestaltet sich einfach und kann auch vom Nichtfachchirurgen mit Vorteil ausgeführt werden. Man hat dazu nur die Lorenzsche Beckenstütze und eine Anzahl eiserner Gehbügel nötig. K. legt den Verband genau an wie es Lorenz bei Koxitis tut: Reinigung, Trikotschlauchhose von der Nabelhöhe bis zur Mitte des Unterschenkels, sodann als sehr wichtig — tiefe Narkose. Pat. wird auf die Beckenstütze plaziert, ein bezw. zwei Assistenten (Wartepersonal) extendieren beide Extremitäten, wobei die Bruchstücke vom Operierenden reponiert werden und der betreffenden Extremität die Position in ziemlicher Abduktion und leichter Rotation nach außen gesichert wird; Watte- bezw. Filzpolsterung der Cristae und Spinae ilei beiderseits, des Tuber ischii und Trochanter major der fraglichen Seite und der Patellargegend; Anlegung eines Gipsverbandes, der sich genauestens an die eben aufgezählten Stellen anmodellieren muß und nach unten bis über das Kniegelenk reicht. Behufs Sicherung der Stärke gipst K. ein paar schmale Blechstreifen ein, die sich in der Inguinalgegend kreuzen. Ist der Gipsverband von ge-

nügender Stärke, so fixiert K. darauf den Gehbügel mittels einiger Gipstouren. Der Verband ist bald trocken. Sofort nach dem Erwachen fühlt sich Pat. wohl, er hat keine Schmerzen und ist imstande, schon am nächsten Tage, häufig noch an demselben, allerdings mit Unterstützung aufzustehen. Um die hohe Sohle auf dem gesundseitigen Stiefel zu ersparen, hält K. eine Anzahl von Holzsandalen mit hohen Sohlen und Absätzen, die sich leicht auf die gewöhnlichen Schuhe anbinden lassen, vorrätig. Am zweiten Tage sind die meisten Pat. imstande, sich an der Wand haltend, selbständig zu gehen, und am dritten werden sie aus der Spitalbehandlung entlassen. Nach 5—6 Wochen stellen sich die Pat. behufs Entfernung des Verbandes wieder vor, und K. konnte bisher ausnahmslos eine glatte Heilung mit schön geformter Extremität konstatieren. Nur in einzelnen Fällen war er durch die starken Blutergüsse in der sofortigen Anlegung des Verbandes verhindert. Er ließ dann zwei Sandsäcke beiderseits der frakturierten Extremität legen; der Sand wirkte durch seinen plastischen Druck sowohl auf den Schmerz kalmierend als blutstillend. Nach 2—3 Tagen war K. in der Lage, sein Verfahren zur Anwendung zu bringen.

Grätzer.

H. Landau, Streckbett für Säuglinge mit Oberschenkelbruch. (Aus der Karewskischen Klinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No. 50.) L. hat in sehr einfacher Weise die Aufgabe gelöst, daß der Säugling bei der Oberschenkelbruchbehandlung jederzeit aufgenommen, gereinigt, an die Brust genommen werden kann. Sein Streckbett ist ein von jedem Tischler herstellbares, für Rumpf und Kopf des Kindes zurechtgeschnittenes Holzbrett, an dem für das gebrochene Bein eine Art Galgenpfosten mit Querriegel nach obenaußen hervorragt. Zur Anwendung des Streckbetts wird an dem gebrochen Beine ein Streckverband, am besten aus dünnem Mull oder Nesseltuch, mit Oettingenschem Lack auf die bloße Haut geklebt und mit Binden befestigt. Dann legt man das Kind so auf das mit Holzwolle gepolsterte Brett, daß dessen Ende mit dem Gesäß abschneidet, wickelt den Rumpf mit zirkulären und Beckentouren fest an (Kontraextension!) und hängt den Bügel des Streckverbandes am Querriegel des Pfostens ein. Die Bruchstelle steht jetzt zwischen dem fixierten Becken und dem vom Fuße her wirkenden Streckverband dauernd unter beliebig zu verstärkendem Zuge; das Bein lehnt leicht an dem Pfosten, eventuell durch einige Bindentouren gegen ihn angezogen, und hat, entsprechend der Postenrichtung, die flektierte, nach außen rotierte und etwas abduzierte Stellung, wie sie bei Femurdiaphysenbrüchen die Verschiebung des oberen Fragments durch Muskelzug am wirkungsvollsten ausgleicht. Das gesunde, über das Brett hinausstehende Bein wird, wie der übrige Körper, mit Windeln bedeckt, und mit Hilfe von Tüchern u. dergl. läßt sich das Streckbett leicht wie ein gewöhnliches Steckkissen herrichten und ebenso bequem wie dieses samt dem in Extension liegenden Säugling herumtragen.

Grätzer.

P. Vincent (Paris), Des luxations congénitales de la rotule en dehors. (Inaugural-Dissertation. Paris 1904.) Es gibt zwei Arten

von angeborenen Luxationen der Kniescheibe nach außen: permanente und habituelle Luxationen. Die Veränderung beruht auf einer Überdehnung des inneren Bandapparates bei gleichzeitiger Verkürzung des äußeren und mangelhafter Entwicklung des äußeren Kondyls.

Falls keine Funktionsstörungen bestehen, ist ein Eingriff unnötig; sonst versucht man es zuerst mit einer orthopädischen Behandlung, und falls dieselbe nicht zum Ziele führt, wird operativ nach der Methode von Kirmisson vorgegangen. Man befreit die Kniescheibe und ihre Sehne von den äußeren Befestigungen und fixiert dieselbe in guter Stellung bei gleichzeitiger Verkürzung der inneren Kapselgegend.

E. Toff (Braila).

Schäffer (Leun), Klumpfußbehandlung im Säuglingsalter. (Die ärztl. Praxis. 1905. No. 3.) Sch. betont, daß in der Klumpfußbehandlung operative und maschinelle Eingriffe vermieden werden, wenn man schon im frühen Kindesalter eine orthopädische Manualbehandlung einleitet. Er empfiehlt dem prakt. Arzte folgende einfache Methode, die sich ihm bewährt hat.

Man behandelt 2mal mindestens wöchentlich mittels Königschem Redressements. Während ein Gehilfe das Knie der leicht abduzierten Extremität des auf dem Rücken liegenden Kindes fixiert, umgreift die gleichnamige Hand gabelförmig den Fuß, so daß zwei Finger vor dem Unterschenkel über den Fußrücken, zwei über die Ferse verlaufen, während der Daumen auf der lateralen Fußsohlenseite liegt. Durch eine pronierende Handbewegung wird der Unterschenkel in Außenrotation gebracht, während gleichzeit durch Überstreckung im Handgelenk ein Zug auf den medialen und mittels des Daumens ein Druck auf den lateralen Fußrand ausgeübt wird. Zugleich wirkt der Daumen auf den vorderen Teil der Fußsohle der Spitzfußstellung entgegen. Zunächst genügt die Korrektion zur normalen Stellung, allmählich wird zur Überkorrektion geschritten. In den ersten Sitzungen ist ohnehin eine erhebliche Kraftentfaltung notwendig, weshalb man, da keine Narkose angewendet wird, möglichst schonend verfährt.

Der zweite Akt des Königschen Redressements wird in der gewöhnlichen Weise jedesmal diesem ersten angeschlossen. Massage des Unterschenkels und speziell der Antagonisten unterstützt die ärztlichen Bemühungen wirksam.

So kann man ohne alle Verbände zum Ziele kommen, wenn man in der Lage ist, die Behandlung lange und oft genug fortzusetzen. Wo dies nicht der Fall ist, können auch fixierende Verbände angelegt werden, und zwar zweckmäßig in folgender Weise: Wenn dae Redressement so weit erfolgreich war, daß sich das Füßchen mit Leichtigkeit beim ersten Griff in außenrotierte, pronierte, dorsalflektierte und abduzierte Stellung bringen läßt, legt man nach demselben auf die Fußsohle den durch ein Stückchen Flanell gepolsterten langen Schenkel einer T-Schiene, die mindestens so breit wie das Füßchen sein muß. Der Fuß der Schiene steht lateralwärts über. Nun wird eine Heftpflasterrolle in der Weise abgewickelt, daß die erste Tour vom medialen Fersenrand beginnend um die der Fußsohle anliegende Schiene, die zweite über den Reihen (Spann) und um die Schiene

herum an die Vorderseite des nach außen gerichteten kurzen T-Schenkels zu liegen kommt. Nachdem sie um diesen herumgeführt ist, wird das Heftpflaster auf der lateralen Seite des Unterschenkels herauf über das rechtwinklig gebeugte Knie und unter der Kniekehle durch in Spiraltouren zum Fuß zurückgeführt. Da durch die geringe Polsterung ein exaktes Folgen des Füßchens gesichert ist, wirkt die Schiene nicht nur durch einen Zug auf den supinierten inneren Fußrand, sondern auch durch Druck auf den pronierten äußeren. Die letzte Tour, welche die pronierende Zug- und Druck- und die außenrotierende Wirkung der beiden ersten unterstützt und außerdem die Dorsalflexion und Adduktion noch besonders bewirkt, verläuft dann hinter den Zehen um den Fuß Schiene herum wieder auf die laterale Seite, dann um den seitlichen Fortsatz und abermals am Unterschenkel hoch usw., wie vorher. Diese drei Touren um den Fuß, denen man natürlich eventuell noch eine weitere anschließen kann, und die beiden um das Knie verlaufenden genügen vollkommen, der Verband hält sehr gut, und es wird kein Dekubitus beobachtet, es müßte sich denn um eine abnorm empfindliche Haut handeln. Allerdings ist es notwendig, zum Schutze eine Flanellbinde über das Ganze zu legen, welche von den Angehörigen gewechselt wird, so oft sie durchnäßt ist. Die Verbände kann man, nachdem man sie zuerst etwa alle 4 Tage gewechselt, später 8—10 Tage liegen lassen. Auftretende Rötung der dem Heftpflaster ausgesetzten Hautpartien indiziert freilich eine mehrtägige Unterbrechung und Waschungen, um einem Wundwerden vorzubeugen. Grätzer.

Karl Nieny, Zur Behandlung der Fußdeformitäten bei ausgedehnten Lähmungen. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 3. Heft 1. S. 60.) N. hat in einigen Fällen bei schwerparalytischen Equinovaris die Arthrodese nicht des oberen, sondern des unteren Sprunggelenks, also der Articulatio talocalcanea und talocalcaneo-navicularis vorgenommen und die Equinusstellung tendinös korrigiert. Er gedachte der vor allem hinderlichen seitlichen Deformität am sichersten durch die Verödung der betreffenden Gelenke abzuhelfen und sich andererseits im Interesse der Gehfähigkeit der Möglichkeit einer wenn auch geringen Beweglichkeit des Talocruralgelenks zu sichern, zumal meist der Gastrocnemius noch etwas funktionierte und deshalb tunlichst aktiv zu verwerten war. Der Erfolg war in N.s so behandelten 4 Fällen ein sehr zufriedenstellender. Der Hautschnitt zur Arthrodese des unteren Sprunggelenkes begann ca. 2 Finger breit über den äußeren Knöchel in der Furche zwischen den Peronaen und der Achillessehne, ging abwärts im Bogen um den äußeren Knöchel, dann aufwärts in der Gegend der Chopartschen Gelenklinie bis etwa zur Mitte des Fußrückens. Der Schnitt hat den Vorteil, daß man von ihm aus auch die Operationen an den das Fußgelenk umgebenden Sehnen, sowie die Ausmeißelung eines Keiles aus dem Calcaneus, die N. in einem Fall für nötig erachtete, ausführen kann. Joachimsthal.

Jos. Koch, Beiträge zur Sehnenplastik. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 13. Heft 4. S. 610.) Die mikroskopische Untersuchung des

spinal gelähmten Muskels ergab K. die wichtige Beobachtung, daß überall dort, wo eine herdweise Degeneration von Muskelfasern eintritt, gleichzeitig eine reichliche Regeneration von neuen Fasern stattfindet. Die Bildung der neuen Fasern kann kontinuierlich und diskontinuierlich erfolgen, d. h. sie kann im Zusammenhang oder ohne direkten Zusammenhang mit der alten Faser vor sich gehen. Die Tatsache der Regeneration von neuem Muskelgewebe macht die klinische Erfahrung verständlich, daß der gelähmte Muskel sich in vielen Fällen wieder erholen, d. h. seine Funktion wieder aufnehmen kann. Makroskopisch kann der spinal gelähmte Muskel verschiedene Verfärbungen aufweisen; zwischen einer normal roten bis rosaroten oder gelbweißen Farbe kommen alle Übergänge vor. Die drei verschiedenen Verfärbungen sieht man zuweilen — eine Beobachtung, auf die schon Kunik hingewiesen hat — an einem und demselben Muskel. Sie erklären sich durch den verschieden starken herdweisen Untergang bezw. die Regeneration von Muskulatur oder deren Ersatz durch gelbes Fettgewebe. Sofern noch kontraktile Substanz vorhanden bezw. eine Regeneration von neuen Muskelfasern stattgefunden hat, ist der Muskel nie vollkommen, sondern nur partiell gelähmt; theoretisch müßte man von solchen Muskeln verlangen, daß sie je nach der Menge der erhaltenen und neugebildeten Fasern verschieden kräftig funktionierten. Daß es trotzdem nicht der Fall ist, liegt daran, daß den spinal gelähmten Muskeln zwei für ihre Kontraktion sehr wichtige Faktoren verloren gegangen sind, nämlich die elastische Spannung und der normale Muskeltonus. Der Muskel ist im gelähmten Zustande überdehnt, nicht kontraktionsfähig, obschon sich oft noch genug kontraktile Substanz regeneriert hat, seine Kraft schlummert gewissermaßen. Geben wir diesen Muskeln ihre elastische Spannung wieder, so können sie wieder funktionieren. Dieses erreichen wir durch die Sehnenverkürzung oder bei eventueller Transplantation durch die Spannung, die wir bei der Vernähung dem Muskel geben.

Joachimsthal.

Lesniowski, Sehnentransplantation nach Paralysis infantum. (Medycyna. 1904. No. 49.) In der Gesellschaft der Ärzte zu Warschau stellte L. ein 19jähriges Mädchen vor, dessen Muskulatur am rechten Unterschenkel ganz, am linken bloß der M. triceps surae gelähmt waren. Verf. machte rechts eine Arthrodesis und wandelte damit die ganz kraftlos herabhängende Extremität in eine starre Stange um, an der sich die Pat. anstützen kann, links wurde auf die Achillessehne auf der inneren Wadenseite die Hälfte der Sehnen der Mm. tibialis postici und flexoris digitorum comm., außen die andere Hälfte des M. peron. long. transplantiert, mit dem Erfolge, daß nach Massage die Pat. energische Flexion und Halten des Fußes in normaler Stellung ausführen kann.

Gabel (Lemberg).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Ärztlicher Verein zu Marburg.

(Nach Münchner med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 20. Dezember 1904.

Hermann Küttner stellt vor:

1. Einen Fall von **einseitiger Säbelscheidenverkrümmung der Tibia auf luetischer Basis** (tibia en lame de sabre).

Die Erkrankung ist selten, wird aber bei tertiärer Lues mitunter durch periostitische Auflagerungen vorgetäuscht. Bei der wahren „tibia en lame de sabre“ besteht neben der Säbelscheidenform eine erhebliche Verlängerung der Tibia, welche in dem demonstrierten Falle 6,5 cm beträgt. Die Fibula ist an der Verlängerung und Verkrümmung nicht beteiligt, vielmehr spannt sie sich wie eine Sehne in dem Bogen der Tibia aus und trägt dadurch zu der Entstehung der Verbiegung bei. Die hochgradige Vermehrung des Längenwachstums läßt darauf schließen, daß die Erkrankung bereits im jugendlichen Alter bestanden hat; bei der vorgestellten Patientin ergibt die Anamnese, daß die 61 Jahre alte Frau seit 40 Jahren an ihrem Unterschenkel leidet. Es kann sich also nur handeln entweder um eine Lues hereditaria tarda oder um eine akquirierte Syphilis, welche so früh erworben wurde, daß die tertiären Erscheinungen noch in die Wachstumsperiode gefallen sind. Meist ist die Verkrümmung doppelseitig, in dem vorliegenden Falle ist sie ausnahmsweise einseitig und bedingt durch einen gummösen Prozeß in der Nähe der oberen Epiphysenlinie der Tibia, welcher nach jahrelanger Jauchung zur Aufmeißelung des Knochens und Ausräumung der verkästen Gummimassen genötigt hat. Durch die Operation und eine energische antisyphilitische Behandlung ist der Kranken, bei welcher die Amputation angezeigt erschien, die Extremität und die Gehfähigkeit erhalten worden.

2. Einen Fall von **extraperitonealer Cystocele inguinalis.**

Es war ein apfelgroßer, von einer mäßig starken Fettschicht bedeckter Teil der Blase vorgefallen, ein Bruchsack war vorhanden, aber leer. Abtragung des Bruchsacks, Rücklagerung der Blase, Verschluß der großen Bruchpforte nach Bassini; glatte Heilung. Echte inguinale Cystocelen sind selten und werden nur in etwa 1—3 % der Leistenhernien gefunden. Viel häufiger trifft man bei großen äußeren und inneren Leistenbrüchen an der medialen Seite des Bruchsackes eine Fettansammlung, welche zu den epigastrischen Gefäßen in mehr oder weniger enger Beziehung steht; exstirpiert man diese Fettmasse, so kommt man auf die Blase (Demonstration eines zweiten Patienten, bei welcher auf beiden Seiten dieser Befund erhoben wurde). Die wahre Cystocele kann eine intraperitoneale, extraperitoneale oder paraperitoneale (gemischte) sein, je nachdem der herniöse Blasenteil ganz, gar nicht oder teilweise vom Peritoneum überzogen ist; in dem vorgestellten Falle handelte es sich um eine extraperitoneale Cystocele, das prävesikale Lipom lag nach einwärts von den epigastrischen Gefäßen. In einem Teil der bekannten Beobachtungen hat es sich um Blasendivertikel gehandelt, in anderen Fällen war eine schlaffe Blasenwand dem Zug des sich ausbildenden Bruchsackes oder des prävesikalen Lipoms gefolgt, oft ist die Ätiologie unklar. Bei extraperitonealer Cystocele besteht gewöhnlich ein Vorfall größerer Blasenabschnitte in die Bruchpforte ohne Hernienbildung im engeren Sinne. Da klinische Erscheinungen sehr häufig fehlen, ist man meist genötigt, die Diagnose auf eine Blasenkomplikation im Verlaufe der Operation zu stellen. Bei Unkenntnis der anatomischen Verhältnisse können Blasenverletzungen vorkommen, welche eine unnötige und bisweilen nicht ungefährliche Komplikation des Eingriffes darstellen. Deshalb ist die Kenntnis der Cystocelen für jeden Arzt, welcher Radikaloperationen ausführt, von Bedeutung.

3. Zwei Patienten mit **akuter Epityphlitis.**

Der eine ist ein Knabe, welcher durch die Frühoperation innerhalb der ersten 24 Stunden vor der Perforation oder Gangrän des mit Eiter prall gefüllten Wurmfortsatzes bewahrt wurde. Bei dem anderen Patienten, einem ebenfalls in Heilung befindlichen Knaben, lag eine totale Gangrän des Wurmfortsatzes vor, welche zu jauchiger Peritonitis und in deren Gefolge zu multipler intraperitonealer Abszeßbildung geführt hatte.

Im Anschluß an diese Fälle bespricht K. seinen Standpunkt zur Epityphlitis-

frage. Er ist Anhänger der Frühoperation und verhält sich abwartend nur in den leichtesten Fällen, bei denen die Diagnose nicht sicher ist, und in leichten Fällen, wenn er nicht innerhalb der ersten 24—48 Stunden zugezogen wird. Zweifellos darf man konservativ verfahren in den nach jeder Richtung ganz leichten Fällen, bei welchen die Temperatur, der Puls normal, die Schmerzhaftigkeit mäßig und der Allgemeinzustand durchaus beruhigend ist; man darf hier abwarten unter der Voraussetzung, daß eine sorgfältige ärztliche Beobachtung dauernd möglich und chirurgische Hilfe jederzeit erhältlich ist. Unter dieser Voraussetzung kann man sich auch in jenen klassischen Fällen von Epityphilitis exspektativ verhalten, in denen unter leichten Allgemeinerscheinungen der charakteristische entzündliche Tumor in der Regio ileocoecalis sich ausgebildet hat, welcher nun beim Eintreffen des Chirurgen bereits seit einiger Zeit besteht und keinerlei Anzeichen von Progredienz erkennen läßt. Diese Fälle werden günstiger im Intervall operiert, sie sollen aber nach Abklingen des Anfalls auch stets sofort operiert werden, denn das Rezidiv ist wahrscheinlich vielleicht viel gefährlicher als die erste Attacke. Während man also dann, wenn ein deutlicher entzündlicher Tumor in der Blinddarmgegend entstanden ist, stets schon nach dem ersten Anfall die Radikaloperation empfehlen soll, kann man in den erwähnten leichtesten Fällen mit unsicherer Diagnose bis zu einem eventuellen zweiten Anfall warten, dem durch eine Kissinger oder ähnliche Kur vorzubeugen ist. Nach dem zweiten, auch allerleichtesten Anfalle aber soll man stets auf die Operation dringen und im Falle der Weigerung jede Verantwortung ablehnen. Die beiden genannten Möglichkeiten sind nun aber nach K.s Ansicht auch die einzigen, in denen man während des Anfalls mit gutem Gewissen abwarten darf. In allen übrigen Fällen ist die Frühoperation, d. h. die frühestmögliche Operation indiziert. Macht der Anfall von Anfang an einen schweren Eindruck, sind von vornherein diffuse Erscheinungen vorhanden und besteht keine Neigung zu Lokalisation oder, wenn Abkapselung eintritt, zeigt die Geschwulst dann Tendenz zu wachsen, ist die Temperatur hoch oder der Puls frequent, macht vor allem der Patient den Eindruck eines Schwerkranken, wobei auf den Ausdruck um die Augen besonderes Gewicht zu legen ist, so greife man schleunigst zum Messer. Alle die modernen Untersuchungsmethoden, so die Leukozytenzählung, die Glykogenreaktion der Leukozyten, Verfahren, mit denen sich K. selbst mehr als 2 Jahre lang beschäftigt hat, haben nach dieser Richtung keine wesentliche Förderung gebracht; ausschlaggebend bleibt, mehr vielleicht als bei irgend einer anderen Krankheit, der feine Instinkt und die richtige Beobachtungsgabe des Arztes. Nur eines kann man sich als Regel aufstellen: Im Zweifelsfalle lieber operieren, lieber einmal zu früh als einmal zu spät, lieber einmal zu viel als einmal zu wenig.

Diskussion: Aschoff möchte, ohne dem Chirurgen das Recht frühzeitigster Operation bestreiten zu wollen, nur darauf hinweisen, daß das anatomische Bild des Wurmfortsatzes, welches bei der Operation gefunden wird, keinen Schluß auf das etwa zu erwartende Schicksal desselben, Perforation u. dergl. erlaubt, da selbst die schwersten Formen der Entzündungen glatt ausheilen können. Dafür sprechen die Obliterationen, welche stets eine vorausgegangene sogenannte diphtherische Entzündung der Schleimhaut zur Voraussetzung haben.

Küttner: Die Möglichkeit der Ausheilung eines schweren geschwürigen Prozesses im Wurmfortsatz gebe ich zu, sie wird bewiesen durch die vielen partiellen und totalen Obliterationen. Ich möchte jedoch nicht die Verantwortung übernehmen, im Vertrauen auf solche Ausheilung einen so gefährlichen Herd wie ein prall gefülltes Empyem des Wurmfortsatzes in der Bauchhöhle zu belassen. Auch wenn Rückbildungen derart schwerer Veränderungen relativ häufig sein sollten, bleibt doch noch eine viel zu große Zahl von Fällen übrig, bei denen es im weiteren Verlauf zu Perforation, Gangrän und fortschreitender Peritonitis kommt. Diese Fälle sah früher ausschließlich der pathologische Anatom, jetzt sieht sie dank der Frühoperation häufiger der Chirurg, und er sieht sie infolge der veränderten Anschauungen in den Kreisen der praktischen Ärzte weniger selten in einem Stadium, in welchem noch Rettung möglich ist.

Aschoff hebt noch einmal hervor, daß solche Ausheilungen schwerer Fälle doch häufiger sind, als der Chirurg gewöhnlich annimmt. Gerade wegen der Unsicherheit in der prognostischen Deutung des anatomischen Befundes stimmt er um so mehr der Forderung des Redners zu, daß für die Frage nach dem Zeitpunkt der Operation der feine Instinkt und die richtige klinische Beobachtungsweise des

Arztes ausschlaggebend sein müssen. Der bei einer Operation erhobene anatomische Befund rechtfertigt allein nicht den Eingriff mit seinen Folgen.

Küttner stellt ferner vor:

4. Einen Fall von **Darmresektion wegen Gangrän bei innerer Einklemmung.**

Der Knabe war vor 2 Jahren wegen einer vom Wurmfortsatz ausgegangenen Eiterung operiert worden und hatte eine Hernia ventralis zurückbehalten. Am 1. VII. 1904 plötzliche Erkrankung unter Ileuserscheinungen; eine Einklemmung der Bauchhernie und ein paralytischer Ileus konnten ausgeschlossen werden. Die Laparotomie ergab ausgedehnte Gangrän der untersten Ileumschlinge und des zugehörigen Mesenteriums bis dicht an das Coecum, verursacht durch einen 5 cm langen, wie eine Saite straff gespannten, federkieldicken peritonitischen Strang, unter welchem die Darmschlinge durchgeschlüpft war und sich eingeklemmt hatte. Wegen schlechten Allgemeinzustandes schnelle Resektion der sicher gangränösen 30 cm langen Darmpartie, Vorlagerung des schwer geschädigten, gangränverdächtigen zuführenden Darmendes, Tamponade und Drainage der Bauchhöhle. In den nächsten Tagen werden bei sehr schlechtem Befinden des Pat. weitere 15 cm Darm gangränös, außerdem tritt 10 cm zentral von der Demarkationslinie eine markstückgroße Perforation der vorgelagerten Schlinge ein. Unter Kochsalzinfusionen und künstlicher Ernährung rasche Erholung, der Pat. wird mit dem vorgelagerten granulierenden und perforierten Darm vorgestellt.

Sitzung vom 19. Januar 1905.

Aschoff: **Zur Histologie der Darmschleimhaut des Neugeborenen.**

Die von pathologisch-anatomischer Seite stets betonte leichte Durchdringbarkeit der Schleimhäute kindlicher Individuen für den Tuberkelbazillus, welche sich in der geringen oder gar fehlenden Veränderung derselben bei gleichzeitiger schwerer Verkäsung der zugehörigen Lymphknoten offenbarte, fordert eine Erklärung, die schon von Weigert angestrebt wurde, indem er anatomisch-physiologische Verschiedenheiten des Schleimhautepithels oder des Lymphgefäßsystems beim Kinde und Erwachsenen annahm, deren Nachweis weiterer Forschung vorbehalten blieb. Nachdem neuerdings Römer eine weitere Differenz zwischen der Darmschleimhaut der neugeborenen und der erwachsenen Tiere, nämlich die leichte Resorption kolloidaler Antikörper durch die erstere nachgewiesen hat, erweisen sich histologische Untersuchungen der Magendarmschleimhaut als unumgänglich notwendig.

Es liegen bereits ausgedehnte Untersuchungen über den Magen Neugeborener von Kokubo, Disse, Block und Benda vor. Ich habe nicht die Absicht, auf die hier noch vorhandenen Differenzen der Autoren einzugehen, sondern erlaube mir nur, Ihnen einige Präparate vom Darm des Neugeborenen vorzulegen, über dessen Histologie uns Block in jüngster Zeit genauer berichtet hat. Die vorzulegenden Präparate entstammen einer Arbeit des Herrn J. F. Schmidt, welche derselbe in dem Arch. f. mikroskop. Anat. veröffentlichen wird.

Die starke Durchlässigkeit der Darmwand Neugeborener für Bakterien kann sehr verschieden erklärt werden. Entweder sind die Darmdrüsen, welche im Verein mit den Magendrüsen, dem Saft des Pankreas und der Galle eine bakterizide Eigenschaft ausüben könnten, nicht genügend entwickelt, entbehren noch der spezifischen Zellen. Eine derartige Annahme ist von v. Behring gemacht worden und zwar auf Grund von Beobachtungen der Physiologen am neugeborenen Hunde, dessen Magendarmsaft die spezifischen Fermentwirkungen vermissen läßt. Diese Angaben sind jedoch auf den menschlichen Neugeborenen nicht übertragbar. Der Magen desselben besitzt, wie Kokubo und Block in jüngerer Zeit erst wieder bestätigt haben, ausgebildete Fundusdrüsen mit typischen Haupt- und Belegzellen, die auch, wie Leo nachgewiesen, typisches Ferment und Säure liefern. Was die Darmdrüsen, die Lieberkühnschen Krypten anbetrifft, so sind dieselben durch die in ihrem Grund befindlichen sogenannten Panethschen Zellen ebenfalls als sezernierende Elemente, die für uns in Frage kommen könnten, charakterisiert. Die Angaben von Block, daß diese Drüsen bereits beim Neugeborenen die Panethschen Zellen in gleicher Anordnung und Reichhaltigkeit besitzen, wie beim Erwachsenen, wird durch die Schmidtschen Untersuchungen bestätigt. Also auch hier kann man von einer mangelhaften oder fehlenden Entwicklung der absondernden Drüsenschläuche nicht sprechen. Wie vorsichtig man sein muß, Beobachtungen beim neugeborenen Hunde (und damit überhaupt bei Tieren) auf

den Menschen zu übertragen, sehen Sie aus den hier aufgestellten Präparaten der Darmschleimhaut eines 3 Tage alten Hundes. Fast sämtliche Darmepithelien sind vollgepfropft mit großen, ovalen, hyalinen Körpern, die, wie in der Schmidtschen Arbeit ausführlicher gezeigt werden wird, zu Mekoniumkörperchen werden, ein eigenartiger Resorptions- und Sekretionsakt, der beim Menschen schon wochenlang vor der Geburt abgelaufen ist, beim Hunde erst kurz vor der Geburt einsetzt und nach der Geburt seinen Höhepunkt erreicht.

Ein weiterer Punkt wäre das Oberflächenepithel. Dasselbe könnte beim Neugeborenen defekt oder nicht so vollkommen ausgebildet sein, wie beim Erwachsenen, so daß dadurch der leichtere Durchtritt der Bakterien erklärt würde. Beide Annahmen hat man gemacht, aber bisher nicht bewiesen. Besonderen Wert hat man auf eine kontinuierliche Schleimschicht gelegt, welche die Innenfläche des Tubus alimentarius beim Erwachsenen überziehen soll und die beim Neugeborenen Unterbrechungen zeigt. Es ist nicht ganz leicht, die verschiedenen Angaben der Autoren auseinanderzuhalten. Daß die Schleimhaut des Magens mit einem selbst für Erwachsene ungewöhnlichen dicken Schleimbelag (Benda) versehen ist, der den ganzen Magen ausfüllt, davon kann man sich bei jeder Neugeborenensektion leicht überzeugen. Von diesem Schleimbelag verschieden ist die sogenannte Schleimlage der Epithelzellen, wie sie Disse genannt hat. Sie kommt dadurch zustande, daß die peripherischen Abschnitte der Epithelzellen in toto verschleimen und eine zusammenhängende Schleimschicht bilden. Disse konnte nachweisen, daß beim Neugeborenen diese Schleimlage nicht so kontinuierlich erscheint, weil noch nicht altes Protoplasma verändert ist, so daß gewissermaßen ein Protoplasmagitter zwischen den Schleimpfröpfen bestehen bleibt. Da jedoch auch beim Erwachsenen ein wenn auch feines Protoplasmagitter bestehen bleibt, so ist auch hier in Wirklichkeit keine zusammenhängende, sondern nur einen Zusammenhang vortäuschende Schleimlage vorhanden, also kein prinzipieller, sondern nur ein wohl kaum in Betracht kommender gradueller Unterschied, der nach den ersten kräftigen Nahrungsaufnahmen am 3., 4. Tage verschwunden sein kann und in Wochen sicher verschwindet, wo die leichte Passierbarkeit der Magenwand, falls eine solche überhaupt besteht, auch beim menschlichen Neugeborenen noch angenommen werden muß.

Etwas anderes ist es mit den übrigen Abschnitten des Tubus alimentarius; daß an der Mundhöhle, weichem Gaumen, Tonsillen, Speiseröhre, d. h. überall dort, wo Plattenepithel besteht, eine kontinuierliche Schleimlage wie beim Magen durch Verschleimung des Plattenepithels gebildet würde, ist bisher von keinem Untersucher beobachtet worden. Höchstens ein kontinuierlicher Schleimbelag durch stärkere Sekretion der Schleimdrüsen. Die bisherigen eigenen Untersuchungen, sowie die Beobachtungen anderer (Schridde, Ruckert) lassen einen solchen vermissen.

Nach den schon vor 25 Jahren angestellten Orthschen Versuchen über Fütterungstuberkulose, sowie nach den neuesten Behringschen Untersuchungen sind der untere Teil des Dünndarms, sowie das Coecum und besonders der Wurmfortsatz die Resorptionsstellen für die Tuberkelbazillen. Sind hier nun vielleicht histologische Differenzen im Aufbau der Epitheldecke bei Neugeborenen und Erwachsenen festzustellen? Daß auch beim Erwachsenen unter normalen Verhältnissen keine kontinuierliche Schleimlage in dem von manchen Autoren angenommenen Sinn existiert, ist ja bekannt, da die schleimbildenden Becherzellen zerstreut zwischen die übrigen Darmepithelien eingelassen sind. Vielleicht ist aber die Zahl der Becherzellen, die Schleimproduktion überhaupt beim Neugeborenen sehr gering. Ein Blick in die Mikroskope zeigt Ihnen, daß gerade das Gegenteil der Fall ist. Eine so stattliche Ausbildung der Becherzellen, eine so gewaltige Schleimproduktion, wie Sie sie hier im Processus vermiformis und übrigen Dickdarm sehen, findet man beim Erwachsenen nur unter pathologischen Verhältnissen, bei stärkeren Kotretentionen und Eindickungen oberhalb karzinomatöser Strukturen, in ausgeschalteten Darmschlingen usw. Daß der Epithelbesatz des Dünndarms der Neugeborenen histologisch dem des Erwachsenen auch in bezug auf die Ausbildung der saumtragenden Epithelien völlig gleicht, hat bereits Block gezeigt. Unsere Präparate bestätigen das nur. Nur das eine wäre zu bemerken, daß dieser Saum nicht überall gleich klar hervortritt. Ob hier bereits ein Absterbevorgang zum Ausdruck kommt, oder ob wirklich eine mangelhafte Entwickelung der Zellen vorliegt, muß weiterer Forschung vorbehalten bleiben.

Was den Dickdarm anbetrifft, so ist hier allerdings zu Block eine Differenz zwischen Neugeborenen und Erwachsenen gefunden worden. Die Drüsen sollen nämlich durch den ganzen Dickdarm hindurch vereinzelte Panethsche Zellen aufweisen, die beim Erwachsenen fehlen. Das wäre sogar ein Zuviel zu Gunsten der Kinder. Diese Angaben konnten wir allerdings nicht bestätigen. Nur im Proc. vermiformis fanden wir Panethsche Zellen, wo sie wieder auch beim Erwachsenen nicht selten sind.

Endlich darf ich erwähnen, daß eine wohl schon von früheren Autoren gesehene, aber nicht genauer beschriebene, von Herrn Schmidt als gelbe Zellen bezeichnete Zellart, die sich durch Formol-Müller gelb färbt, sowohl bei Neugeborenen wie bei bei Erwachsenen in den Dünn- und Dickdarmdrüsen in gleicher Zahl und Anordnung gefunden wurde.

Ziehe ich das Fazit aus allen Untersuchungen, so kann ich nur sagen, daß in der mit den bisherigen Methoden nachweisbaren histologischen Zusammensetzung des Oberflächen- und Drüsenepithels des Magens und Darmes beim Neugeborenen eine Erklärung für die leichtere Durchlässigkeit gegen Bakterien nicht gegeben ist, daß vielmehr feinere, bisher nicht nachweisbare Strukturdifferenzen oder andere Verhältnisse (mangelhafte Entwickelung der lymphatischen Abfangsapparte, beschleunigter Lymphstrom, stärkere Vulnerabilität der Gewebe überhaupt beim Neugeborenen, der veränderte Chemismus oder Verlegung, Verödung der Lymphbahnen usw. beim Erwachsenen) die Unterschiede in dem Verhalten der Magendarmschleimhaut der Neugeborenen und der Erwachsenen erklären müssen.

Ärztlicher Verein in Hamburg.

(Nach Münchner med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 3. Oktober 1904.

Fraenkel: **Über die Möller-Barlowsche Krankheit.**

Nach einer historischen Einleitung und Besprechung der Literatur gibt Vortragender einen Überblick über die Pathologie der M.-B.schen Krankheit, die er an 12 Fällen, die im Eppendorfer Krankenhause zur Sektion gekommen sind, sowie an einer größeren Anzahl klinischer Beobachtungen genauer studieren konnte. Auffallend ist zunächst das zu gewissen Zeiten sich häufende Auftreten der Krankheit. In manchen Jahren kommt kein Fall zur Beobachtung; dann sieht man gelegentlich in einigen Monaten eine mehr oder minder große Anzahl. Von den 12 zur Sektion gekommenen Fällen waren 5 jenseits des 1. Lebensjahres. Der älteste Fall war 6 Jahre alt. Die bekannte Trias: Blutungen in die Haut und Zahnfleisch, Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen, besonders des Thorax und der Extremitäten, und Auftreibung der Beine, findet sich nicht in allen Fällen. Dagegen kommen noch andere Symptome zur Beobachtung: Fieber, Hämaturie, Darmblutungen usw. Die Deformierung der langen Röhrenknochen, sowie die Druckempfindlichkeit des Thorax sind durch subperiostale Extravasate bedingt. Die Zahnfleischblutungen sieht man nur bei Kindern, die schon Zähne haben. In allen Fällen ist eine erhebliche Blässe auffällig. Das Wesen der Möller-Barlowschen Krankheit besteht in einer hämorrhagischen Diathese.

Fr. gibt an der Hand von zahlreichen makroskopischen Präparaten, von Röntgenbildern und Knochenschnitten, sowie von Mikrophotogrammen eine genaue Darstellung des pathologisch-anatomischen Prozesses und erörtert dabei die in Kombination damit gefundenen Veränderungen am Knochensystem, die rachitischer Genese sind. Als pathognomonisch für die Möller-Barlowsche Krankheit sieht er die Umwandlung des lymphoiden Markes an der Knorpel-Knochengrenze und dem daran unmittelbar angrenzenden Teil der Diaphyse in ein schleimgewebsartiges Produkt und die damit Hand in Hand gehende Hypoplasie der diesen Teil der Diaphyse bildenden Knochenbälkchen sowohl der kompakten, als spongiösen Schicht, sowie die Anwesenheit frischerer und älterer Hämorrhagien in dem erkrankten Mark an. Gehen diese Veränderungen dann weiter, so kommt es zu Verschiebungen des Knorpels gegen den Knochen, zur Trennung des Zu-

sammenhanges in den den Epiphysen benachbarten Diaphysenschichten, also zu echten Knochenfissuren, Infraktionen oder Frakturen (nicht zu Epiphysenlösungen). Daß es in manchen Fällen zu größeren, weit über die Epiphysengrenzen hinausreichenden, mitunter den ganzen Schaft mantelartig von allen Seiten einhüllenden Blutungen kommt, ist schon erwähnt. Charakteristisch ist das Freibleiben der Gelenke in allen Fällen. Fr. kommt in einer differentialdiagnostischen Betrachtung gegenüber der Rachitis, Syphilis hereditaria und infantilem Skorbut zu dem Ergebnis, die Möller-Barlowsche Krankheit als eine durchaus eigenartige Affektion, als eine Erkrankung sui generis zu betrachten, welche in der Mehrzahl der Fälle sich auf dem Boden einer bereits bestehenden, meist leichteren, bisweilen auch höhere Grade aufweisenden Rachitis entwickelt, welche indes in seltenen Fällen auch völlig unabhängig von jeder anderen Skeletterkrankung d. h. an vorher unveränderten Knochen entsteht.

Über die Mortalitätsziffer gehen die Angaben naturgemäß weit auseinander. Die Kinder gehen zumeist nicht an der hämorrhagischen Diathese, sondern an Darmkatarrhen, Keuchhusten, Bronchopneumonien usw. zugrunde. In der weitaus größeren Zahl, besonders nach richtiger Erkennung des Leidens und entsprechend eingeleiteter Therapie tritt Genesung ein. Von Interesse ist es, in solchen Fällen die Rückbildung der Knochenläsionen an Röntgenaufnahmen zu verfolgen. Die Heilung tritt nur ganz langsam ein: wenn sich die Kinder schon subjektiv recht gesund befinden, kann man immer noch in günstig liegenden Fällen einen charakteristischen Schatten erkennen als Ausdruck der Beeinträchtigung der Knochenarchitektur und der langsamen Rückbildung der Knochenveränderungen.

Sitzung vom 1. November 1904.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Fraenkel: **Über die Möller-Barlowsche Krankheit.**

Wiesinger hat eine Reihe leichter, aber auch 2 schwere Fälle von Möller-Barlowscher Krankheit gesehen und nicht selten große diagnostische Schwierigkeiten gehabt. Er hat mehrfach auf die unter Fieber entstandenen Knochenauftreibungen eingeschnitten, da eine Osteomyelitis vorzuliegen schien. Solche Fälle, in denen man auf die großen Blutergüsse rings um die Diaphyse traf und im Knochenmark das Bild vorfand, das vom Vortragenden als charakteristisch beschrieben wurde, gingen früher unter dem Namen der hämorrhagischen Osteomyelitis. Besonders charakteristisch für die Diagnose war in Wiesingers Fällen der Befund von Blut im Urin.

Grüneberg bestätigt an der Hand einer 10 Fälle betragenden Kasuistik die Erfahrungen des Vortragenden. Er möchte aber auf die Tatsache hinweisen, daß es sich um eine spezifische Erkrankung der ersten Lebensjahre handelt und daß die bei älteren Kindern beobachteten ähnlichen Krankheitsbilder als Ausdruck einer langen Ernährungsstörung aufzufassen und dem Skorbut zuzurechnen sind.

Kellner: In Idiotenanstalten begegnet man der Möller-Barlowschen Krankheit bei wesentlich älteren Kindern. Er hat Fälle bei 4—10 jährigen Kindern gesehen, auch eine eigentümliche Häufung der Beobachtungen zu gewissen Zeiten beobachtet. Das höhere Alter kann hier nicht wundernehmen, da es sich um schwachsinnige Kinder handelt, die oft auf den allerfrühesten Entwicklungsstufen stehen bleiben, noch als 9, 10 jährige nur durch die Flasche ernährt werden usw. Besonders auffällig war das heftige Befallensein der Mundhöhle. Die Bekämpfung der oftmals ulzerösen Stomatitiden war recht schwierig. K. empfiehlt dafür das Bepudern mit Lindenkohle und Kal. chloric. innerlich. Ganz leicht zu trennen ist das Krankheitsbild von der Rachitis, die K. in den seltensten und groteskesten Formen zu sehen bekommt.

Lenhartz: Die Ätiologie der Krankheit ist gänzlich dunkel. Alljährlich werden tausende von Kindern mit sterilisierter Milch, ja sogar mit übersterilisierter ernährt: und nur einige wenige erkranken. L. glaubt, daß eine Enquete unter sämtlichen praktischen Ärzten Hamburgs nur eine verschwindend kleine Zahl ergeben würde gegenüber der enormen Zahl der in der üblichen Weise ernährten Kinder. Ebensowenig kennen wir ja auch die Genese der Rachitis und u. a. des Skorbuts der Erwachsenen, die sich gut und abwechslungsreich ernährt haben.

Ad. Arning tritt Fraenkels Behauptung, bei der Möller-Barlowschen Krankheit handle es sich um hämorrhagische Nephritis, wenn Blut im Harn auf-

träte, auf Grund einer einschlägigen Beobachtung entgegen: In dem Harn des 9 Monate alten Kindes fanden sich Blutkörperchen, verfettete Nierenepithelien und Zylinder aller Art. Nach 3 Wochen verschwanden die Formelemente. A. glaubt, daß es sich um eine wirkliche Läsion des Nierenparenchyms gehandelt hat.

Stamm, der über 11 Fälle verfügt, sieht ein wichtiges ätiologisches Moment in dem Fehlen von organischen Salzen in der Nahrung.

Just und Wagner machen Mitteilungen über das Auftreten der Möller-Barlowschen Krankheit auf dem Landgebiete.

Fraenkel (Schlußwort) hält die Befunde des Herrn Arning für eine Nephritis acuta haemorrhagica nicht für beweiskräftig, da die klinischen Symptome einer schweren, plötzlichen Störung des Allgemeinbefindens. Fieber, Erbrechen usw. fehlten. Die Harnbefunde lassen die Deutung auf eine Blutung in das Nierengewebe zu. In dem Falle, der den 6 jährigen Knaben betraf, hält er auf Grund des Sektionsbefundes an der Diagnose fest. Gleichwohl betrachtet er die Mitteilungen des Herrn Kellner für auffällig und vermißt genaue Sektionsangaben, die sich vornehmlich auf das Studium der endochondralen Ossifikation zu beziehen hätten. Jede Einseitigkeit einer schlechten Ernährung komme in ätiologischer Hinsicht in Frage.

Sitzung vom 15. November 1904.

Demonstrationen: Grisson demonstriert ein jetzt $2^1/_2$ Jahres altes, gesundes Kind, das in der 3. Lebenswoche an heftigem stoßweisen Erbrechen von sämtlicher eingeführter Nahrung erkrankte. Als Ursache diagnostizierte Vortragender damals eine **kongenitale Pylorusstenose**, deren Beseitigung, nachdem die anfangs wirksame interne Therapie mit Opium keinen Dauererfolg erzielt hatte, durch eine bei dem kümmerlichen, elenden, 9 Wochen alten Kinde vorgenommene Laparotomie und Dehnung des Pylorus erzielt wurde. Der Pylorus erwies sich für kaum eine Sonde durchgängig, die Magenmuskulatur war hypertrophisch, der Magen selbst stark gedehnt. Am Pylorus fand sich der charakteristische tumorartige Wulst. Vortragender betont, daß es sich in seinem Falle, in dem eine Gastroenterostomie große technische Schwierigkeiten gemacht haben würde, nicht um einen Spasmus, sondern um eine kongenitale Stenose gehandelt hat. Eine jüngere Schwester, die jetzt $^1/_4$ Jahr alt ist, hat die gleichen Symptome geboten, konnte aber durch Opium und Magnesia usta geheilt werden. Immerhin ist das familiäre Auftreten von Interesse.

Medizinische Gesellschaft Basel.

(Nach Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte.)

Sitzung vom 3. November 1904.

Prof. Dr. Hagenbach-Burckhardt spricht über **Röntgographie bei Kindern.** Seit drei Jahren ist das Kinderspital in Basel im Besitz einer Röntgeneinrichtung von der Firma Klingelfuß, die vielfach bei den verschiedensten Krankheiten benützt worden ist. Der Vortr. macht auf die Differenzen zwischen den Aufnahmen von Kindern und Erwachsenen aufmerksam und zeigt, wie dieselben einerseits günstiger sind bei Kindern wegen der geringeren Volumina, auf der anderen Snite schwieriger durch die Unruhe jüngerer Kinder, welcher Umstand fixierende Verbände aller Art nötig macht.

Um Röntgenaufnahmen von kindlichen Knochen richtig beurteilen zu können, muß man sich notwendig mit dem Knochenwachstum, also mit dem Auftreten der Knochenkerne, mit dem Verschmelzen von Epi- und Diaphyse vertraut machen, wenn man nicht in diagnostische Irrtümer verfallen will, wie solche vielfach, namentlich früher vorgekommen und auch veröffentlicht worden sind — z. B. Deutung des normalen Kernes des Olecranons als fractura olecrani, dann des Knochenkerns der tuberositas tibiae als abgesprengtes Knochenstück usw. Die Zeit des Auftretens der Knochenkerne unter normalen Verhältnissen schwankt schon ziemlich stark; bedeutende Abweichungen haben wir aber bei gewissen Krankheiten, so bei Myxoedem eine sehr bedeutende Verzögerung des Knochen-

wachstums, bei Rachitis jedoch trotz vielfacher Aufnahme kein verzögertes Auftreten der Knochenkerne. Von der Knochentuberkulose ist mehrfach behauptet worden, daß sie fördernd auf das Knochenwachstum einwirke; die Beobachtungen am Material des Kinderspitals können diese Vermutungen nur bestätigen.

Es wird dann von dem Vortragenden eine im Kinderspital angefertigte Tabelle über das zeitliche Auftreten der Knochenkerne erklärt und eine größere Anzahl von Röntgenphotographien und Knochenphotographien von Knochenkrankheiten, die im Spital beobachtet wurden, besprochen und herumgegeben und zwar von Knochentuberkulose, Rachitis, Fußgelenkluxationen, Osteomyelitis, Frakturen, Myxödem.

IV. Therapeutische Notizen.

Antidysenterieserum nach Shiga (bezogen von der Firma L. W. Gans, Frankfurt a. M.) hat Dr. E. Arndt (Herne i. W.) in 8 Fällen von Dysenterie angewendet, und zwar mit sehr gutem Erfolge. Denn sämtliche Fälle sind in wenigen Tagen ohne weitere Arzneiverordnung, als lediglich zu Beginn etwas Rizinusöl und unter strengster Beobachtung der Diätvorschriften zur Heilung gekommen; es waren darunter 5 Kinder unter 14 Jahren, eines im Alter von 18 Monaten, also in einem Alter, in dem die Dysenterie meist sehr bösartig auftritt; bei den 3 Erwachsenen, die allerdings sofort am ersten Krankheitstage je 10 ccm Serum erhielten, war das Allgemeinbefinden schon am zweiten Tage ein außergewöhnlich freies, die Stuhlentleerung schon am dritten Tage durchweg wieder normal; bei den Kindern, die etwas später in die Behandlung kamen, dauerte es bis zum Eintritt dieser günstigen Wirkuug im Durchschnitt 4—5 Tage. Irgendwelche schädliche Wirkung hat A. in keinem Falle beobachten können.

(Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 6.)

Über Veronal bei Keuchhusten teilt Dr. M. Fränkel (Berlin) seine Erfahrungen mit. Die so häufig an Säuglingen bei Darmaffektionen und später während des Zahnens beobachtete Unruhe, Schmerzhaftigkeit des Leibes usw. wurde durch Eingießungen von Kamillentee mit 0,5 g Veronal auf 100 g und Mucil. Gumm. arab. erfolgreich bekämpft. Dies bewog F., diese Veronallösung bei Darmaffektionen: Brechdurchfall selbst schwerster Art mit Krampfanfällen usw. anzuwenden, und zwar mit sehr gutem Erfolge. Dieselbe Wirkung wurde auch erzielt durch folgende Medikation:

Rp. Veronal 1,5 : 75,0 Aq. fervid.
Aq. Valerian. 20,0
Syr. Alth. ad 120,0,
D. 2stündl. 1 Kinderlöffel in Milch.

Nachdem sich diese Arznei auch in einem sehr schweren Falle von Keuchhusten vorzüglich bewährt hatte, behandelte F. damit 12 Fälle von Pertussis, und erzielte in einigen Tagen überaus schnellen Erfolg, ohne irgendwelche Nebenwirkung zu beobaehten. Durch diese Erfolge sah er sich dann, um die Dosierung genauer zu gestalten und das Einnehmen zu erleichtern, veranlaßt, Veronalschokoladetabletten herstellen zu lassen in Stärke von 0,06 und 0,1, jede Tablette durch eine Rinne in zwei Teile zerlegbar. Mit diesen Tabletten behandelte er 28 Fälle mit gleichem Erfolge. Kinder unter 4 Jahren erhielten zunächst 3—4 mal täglich $^1/_2$ Tablette von den zu 0,06 g, kleine Kinder bis zum zweiten Jahre 1—$1^1/_2$ Tablette pro die. Bald konnte die Dosis noch verringert werden, doch wurde das Mittel auch nach eingetretener Besserung noch einige Zeit in kleinen Dosen gegeben. Die Tabletten wurden stets gern genommen.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 6.)

Über die Bedeutung des Sorisins in der Kinderpraxis läßt sich Dr. L. Buchsbaum (Wien, I. öffentl. Kinderkrankeninstitut) aus. Das neue Präparat, eine rötlichbraune, syrupartige, angenehm süß schmeckende Flüssigkeit, ist im wesentlichen eine 10 %ige Lösung von Thiokol in Syr. cort. aur. Sorisin bewährte sich bei spezifischen Affektionen der Lunge und katarrhalischen Erkrankungen der Luft-

wege. In den 14 damit behandelten Fällen, sämtlich Kinder armer Leute betreffend, konnte innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit schon der günstige Einfluß der Medikation auf das Allgemeinbefinden und den Kräftezustand der kleinen Patienten konstatiert worden. In den Initialstadien der Lungentuberkulose ergab sich fast immer sehr bald eine entschiedene Besserung, indem sich der Appetit hob, der Auswurf geringer wurde, der Husten abnahm und sich verlor, die Schweiße und das Fieber verschwanden. Aber auch in vorgeschritteneren Fällen kam es zur Besserung der Allgemeinerscheinungen und Zunahme des Körpergewichts. Diese günstige Wirkung auf den Krankheitsverlauf bei Erkrankungen der Respirationsorgane, sowohl tuberkulösen als nicht spezifischen Charakters, sein angenehmer Geschmack, sein billiger Preis sichern dem Sorisin eine hervorragende Rolle im Arzneischatz.

(Therapeut. Ratgeber, Beilage zur „Ärztl. Zentral-Ztg." vom 11. Februar 1905.)

„Ossin Stroschein", ein Ersatzpräparat für Lebertran hat Dr. A. Klautsch (St. Elisabeth-Kinderheim in Halle) bei 7 Kindern, teils skrofulösen, teils skrofulös-rachitischen, teils rein rachitischen (hier mit Phosphor) längere Zeit hindurch angewandt und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Das Präparat, das in den wärmeren Monaten verabfolgt wurde, nahmen die Kinder stets gern und vertrugen es ausnahmslos gut. Das Aussehen der kleinen Pat. wurde bald ein besseres, die Muskulatur fester, das Fettpolster reichlicher, die skrofulösen Lokalerscheinungen besserten sich auffallend rasch, wie auch die rachitischen Zeichen prompt und sehr günstig beeinflußt wurden. Die Verwendung des Ossin empfiehlt sich also für alle Fälle, wo Lebertrantherapie indiziert ist.

(Repertorium der prakt. Medizin. 1905. No. 1.)

Über Bioferrin, eine neue biologische Eisenverbindung teilt Dr. K. Weissmann (Lindenfels) seine Erfahrungen mit, die sich freilich nur auf 4 Fälle (2 Kinder, 2 Erwachsene) beziehen, aber so günstig lauten, daß sich W. zu einer Empfehlung dieses Präparates veranlaßt sieht. Dasselbe bewährte sich bei beiden Kindern, die mit skrofulo-tuberkulösen Affektionen behaftet waren, sehr gut. Der Appetit hob sich rasch, die Anämie wich, der Kräftezustand machte erfreuliche Fortschritte.

(Ärztl. Rundschau. 1905. No. 4.)

Ein neuer Halseisbeutel ist von Dr. Löwenstein (Elberfeld) konstruiert worden und hat demselben sich praktisch sehr bewährt, da er die Fehler der üblichen Eisbeutel vermeidet. Der neue, von ovaler Form, reicht von einem Kieferwinkel bis zum anderen und wird durch ein mit einer Schlaufe versehenes und so verstellbares Gummiband an die vorderen Partien des Halses fest angedrückt. Ein kleiner Haken befindet sich an der einen Seite des Eisbeutels, so daß der Pat. bei der Befestigung des Gummibandes nicht jedesmal den Kopf in die Höhe zu heben braucht. Ein zweites ebensolches Gummiband ist an dem oberen Rande des Eisbeutels befestigt und hält, über den Kopf des Pat. gezogen, fest nach oben. Der Eisbeutel läßt sich leicht füllen und ist, durch einen Gummiring verschlossen, vollständig wasserdicht. Derselbe wird in zwei Größen, für Erwachsene und Kinder, angefertigt und ist von der Firma Garschagen & Rothstein, Düsseldorf, Kreuzstraße 36, direkt zu beziehen.

(Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 5.)

Zur Erweiterung der Indikationen für den Kefirgebrauch betitelt Wirkl. Staatsrat Dr. A. Hirsch (Riga) eine Mitteilung. Er gibt seine Erfahrungen zum besten und schließt aus ihnen, daß:

1. Der 3 tägige Kefir ein wichtiges Nahrungs- und Heilmittel bei Keuchhusten ist;
2. daß Kefir im Initialstadium des Scharlachs zur Verminderung der Durstempfindung und Aufrechterhaltung der Ernährung zu empfehlen ist;
3. daß die Scharlachnephritis durch starken Kefir sehr günstig beeinflußt wird;
4. daß der Kefir im Verlauf der akuten Infektionskrankheiten überhaupt als leicht verdauliches und assimilierbares Nahrungsmittel Beachtung verdient.

(Therap. Monatshefte. Februar 1905.)

Über Convulsin, ein neues Präparat gegen Katarrhe und Entzündungen der Luftwege, teilt Dr. A. Henschel (Berlin) seine Erfahrungen mit. Er hat das hauptsächlich

durch Extract. Eucalypti wirkende Mittel (hergestellt von Apotheker Kowalewsky (Berlin O.), eine dunkelbraune, gut schmeckende Flüssigkeit (am besten in heißer Milch zu nehmen) hauptsächlich bei Kindern angewendet und hier gefunden, daß es sehr gut die Expektoration befördert und den Hustenreiz lindert. Convulsin bewährte sich besonders bei Bronchitis, übte aber auch bei Pneumonien und Pertussis recht günstige Wirkung aus. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1905. No. 4.)

Wie entfernt man instrumentell Fremdkörper aus Ohr und Nase? Nach Dr. Reinicke (Tangermünde) am besten mit der kalten Schlinge. Wer eine solche nicht besitzt, nehme einen feinen Stahldraht von 10 cm Länge, biege ihn zu einer länglichen Schlinge und führe die Enden in einen kleinen hölzernen Handgriff. Man hat dann ein ganz vorzügliches Extraktionsinstrument, das selbst bei ungeberdigen Kindern keine Verletzung schaffen kann und die verschiedenst beschaffenen Fremdkörper aus allen Tiefen der Nase und des Ohres meist spielend herausbefördert. Die Schlinge ist so fein, daß sie sich leicht hindurchschiebt, wo nur die kleinste Lücke zwischen Wand und Fremdkörper ist, vermöge ihrer Elastizität sucht sie sich eventuell selbst ihren Weg, kurz sie ist ein vorzügliches Instrument.

(Medico. 1905. No. 7.)

Aspirinspiritus (3 %) hat Dr. A. Rahn (Collm) mit Erfolg bei Prurigo der kleinen Kinder, bei trockener, juckender Haut nach akuten Exanthemen, nach Ekzem, Skabies, und nach vielem Schwitzen (Rachitis) angewandt. Der Aspirinspiritus, einfach mit rektifiziertem Spiritus hergestellt, ist lange Zeit haltbar und bringt die Ursache des Kratzens, der Schlaflosigkeit und Unruhe der Kinder bald zum Schwinden, hat daneben den Vorteil vor Salben und ähnlichen Mitteln, daß die Wäsche nicht beschmutzt wird. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1905. No. 10.)

Die medikamentöse Behandlung akuter und chronischer Bronchialkatarrhe lautet eine Arbeit von Dr. Erw. Franck (Berlin), in welcher auch die Respirationskrankheiten bei Kindern berücksichtigt werden. F. betont zunächst, daß man stets Nase und Nasenrachenraum genau untersuchen und nachsehen soll, ob etwa Verlegungen vorhanden sind; diese müssen eventuell sofort operativ beseitigt werden. Beim akuten Katarrh, bei dem auch der Kehlkopf beteiligt ist („Bräunehusten") verordnet F. außer einem Abführmittel und heißen Schwammaufschlägen auf den Kehlkopf Codein, daß äußerst beruhigend wirkt:

Rp. Codein. phosphoric. 0,075
Alkohol q. s. ad solut.
Aq. foenic. 100,0
Syr. Alth. 15,0
M. D. S. 1—2stündl. 1 Tee- bis Kinderlöffel.

Beim akuten Schnupfen der Säuglinge wirkt Adrenalin (1 ‰) in Form von Instillationen oder in kleinen Wattebäuschchen appliziert, gut ein; die Schleimhaut schwillt rasch ab, die Nahrungsaufnahme wird wieder ermöglicht, und ein Übergang des Katarrhs auf die Bronchien findet nicht statt. Ist das Schlimmste überwunden, so tut ein Eucalyptuspräparat sehr gute Dienste; F. gibt das Eucalyptol enthaltende Convulsin, das gern genommen wird (1—2stündlich 1 Tee- bis Kinderlöffel) und die bronchialen Reizerscheinungen rasch beseitigt. Bei kapillärer Bronchitis der Säuglinge haben Senfwassereinwicklungen (Heubner) oft lebensrettenden Erfolg. Bei chronisch bronchorrhoischen Prozessen gebe man Terpentin:

Rp. Ol. terebinth. 0,25—1,0
Aq. foenic. 125,0
Mucil. salep. 25,0
M. D. S. 2—3stündl. 1 Tee- bis Kinderlöffel.

Bei Keuchhusten gibt F. intern Aq. fluoroformii (2stündlich 1 Tee- bis Eßlöffel), extern ordiniert er Zypressenöl:

Rp. Ol. cupress. 20,0
Spirit. rectif. 100,0
M. D. S. Zur Nacht 1 Kinderlöffel auf Kissen, Oberbett und Leibwäsche zu gießen.

Diese kombinierte Behandlung wirkt äußerst günstig; ist das katarrhalische Stadium wieder da, dann leistet das Convulsin gute Dienste.

(Der ärztl. Praktiker. 1905. No. 6.)

Sorisin hat Dr. J. Pollak (Heilanstalt Alland) mit Erfolg angewandt, und kommt derselbe auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Sorisin ist ein ausgezeichnetes Stomachikum, nicht nur für Tuberkulöse, sondern auch für skrofulöse Kinder.
2. Das Sorisin ist ein sehr gutes Expektorans, sowohl für Tuberkulöse, wie auch für Bronchitiker, Asthmatiker.
3. In vielen Fällen beeinflußt Sorisin die Nachtschweiße günstig.
4. In manchen Fällen kann das Sorisin auch die Herabsetzung der Temperatur bei Fiebernden bewirken.
5. Das Sorisin verursacht fast in allen Fällen eine ansehnliche Körperzunahme. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 12.)

V. Neue Bücher.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** Berlin 1905, Fischers med. Buchhandlung, H. Kornfeld. Preis geb. Mk. 2,60.

S. bietet eine kurze Zusammenstellung der Therapie der Heubnerschen Klinik in einer Form, welche geeignet ist, dem kleinen Buche von vornherein die Sympathie der Praktiker zu erwerben. Schon der erste Abschnitt „Ernährung des gesunden Säuglings" zeigt, wie der Verf. den Stoff durchaus beherrscht und es versteht, trotz gedrängtester Kürze alles Nötige klar und deutlich dem Leser vor Augen zu führen. Dies tritt auch später bei der Lektüre des ganzen Buches zutage, und da zudem der Stoff sehr übersichtlich angeordnet ist, dürfte das Taschenbuch seinen Zwecken im vollsten Umfange entsprechen und dem prakt. Arzte für seine pädiatrische Tätigkeit ersprießliche Dienste leisten. Der Wert desselben wird noch wesentlich erhöht durch eine große Anzahl von im Anhang gebrachten „Kochrezepten", die bei mannigfaltigen diätetischen Aufgaben in der Kinderpraxis brauchbar erscheinen. Bei der Fülle des Gebotenen und der sehr schönen Ausstattung des Buches ist sein Preis ein erstaunlich billiger.

Grätzer.

L. Fürst. **Die Gesundheitspflege der Mädchen während und nach der Schulzeit.** Hamburg, L. Voss. Preis: broch. Mk. 1,75, geb. Mk. 2,50.

F., der schon der Gesundheitspflege des Kindes und der Frau Schriften gewidmet, hat sich jetzt der dankenswerten Aufgabe unterzogen, auch die Mädchenhygiene zum Gegenstand einer belehrenden Arbeit zu machen, die Übergangsjahre speziell in den Bereich seine Auseinandersetzungen zu ziehen. Er hat diese Aufgabe sehr glücklich gelöst, und sein kleines Werk wird sicher viel dazu beitragen, rationelle Anschauungen zu verbreiten, Irrtümer zu berichtigen und für das spätere Leben manche die Daseinsfreude und Arbeitskraft verkümmernde Schädigungen zu verhüten. Es sei daher an dieser Stelle in empfehlender Weise auf das kleine Buch hingewiesen.

Grätzer

A. Steffen. **Die malignen Geschwülste im Kindesalter.** Stuttgart 1905. Verlag von F. Enke. Preis: Mk. 8.

Der bekannte Stettiner Pädiater hat uns da ein ganz vortreffliches Werk geschenkt. Mit kolossalem Fleiß hat er die in der Litteratur verzeichneten und selbst beobachteten Fälle von malignen Geschwülsten zusammengestellt. Die überaus reiche Kasuistik, die er gesammelt hat, liefert uns ein ungemein deutliches Bild von dem Vorkommen, dem Sitz und Verlauf dieser malignen Prozesse in den verschiedenen Organen. Daß der Autor die einzelnen Kapitel nach den verschiedenen Organen selbst eingeteilt hat, erhöht die Brauchbarkeit des Werkes sehr; denn auch derjenige, der nur dies oder jenes nachschlagen will, kann sich

dadurch rasch und sicher orientieren. Es ist aber jedem Praktiker dringend anzuraten, den Inhalt systematisch zu studieren; er wird dadurch in den Stand gesetzt, manche Schwierigkeiten, welche die Praxis bringt, leicht zu überwinden.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Bialyk, B., Zur Diagnose der Skrofulotuberkulose im frühen Kindesalter (Berlin). — **Blum, W.**, Über angeborene Halsgeschwülste und über einen Fall von Hygroma colli congenitum cysticum (Freiburg). — **Dörrien, E.**, Über Riesenwuchs und Elephantiasis congenita (Leipzig). — **Flock, A.**, Über einen Fall von Lungennekrose bei einem Kinde (Greifswald). — **Gress, G.**, Beitrag zur Kasuistik der Spina bifida occulta (Heidelberg). — **Grimmel, F.**, Ein Fall von Atresia oesophagi, duodeni et recti congenita (Gießen). — **Haug, G.**, Beitrag zur Statistik der Hasenscharten (Tübingen). — **Henrici** (Habilitationsschrift), Die Tuberkulose des Warzenfortsatzes im Kindesalter (Rostock). — **Huck, K.**, Über kongenitale Zystennieren (Freiburg). — **Isaac, Alfr.**, Über Heilung der chronischen Lungenaffektion eines Kindes durch Hinzutreten eines akuten Gelenkrheumatismus (Freiburg). — **Junghans, W.**, Über die Genese der Lues hereditaria (Königsberg). — **Löwy, Alfr.**, Die in der kgl. chirurgischen Klinik Breslau in den Jahren 1891 bis April 1901 behandelten Fälle von Hasenscharte (Breslau). — **Meyer, L.**, Über einen Fall von Anencephalie mit Kryptorchismus (München). — **Moses, H.**, Beitrag zum Wesen der kongenitalsyphilitischen „Tibia en lame de sabre" (Königsberg). — **Pulstinger, H.**, Ein Fall von kongenitaler Mißbildung des Herzens (München). — **Scharff, Fr.**, Über Gewicht und Länge der Säuglinge in München in Relation zu ihrer Ernährung (München). — **Schmid, R.**, Beitrag zur Kenntnis der Nierensarkome im Kindesalter (München). — **Segal, N.**, Über Cataracta perinuclearis congenita (Königsberg). — **Speck, Albr.**, Die Beziehungen der Säuglingsernährung zur Entstehung der Lungentuberkulose (Breslau). — **Stoeckl, H.**, Über einen Fall von Anencephalie und Kryptorchismus (München). — **Sujowski, J.**, Über einen Fall von Tabes im Jugendalter (Leipzig).

VI. Monats-Chronik.

Berlin. **Eine eigenartige Heilstätte für Kinder** beabsichtigt ein neubegründeter Verein „Berliner Kinderheilstätte" im April in Dyrotz an der Lehrter Bahn zu eröffnen. An erster Stelle sollen nämlich in der neuen Heilstätte, die das ganze Jahr hindurch offen gehalten werden wird, Kinder im vorschulpflichtigen Alter untergebracht werden, und zwar solche, denen eine besondere Pflege not tut. Eine solche Heilstätte, die sich gerade der kleinen Kinder eigens annimmt, ist mit besonderer Freude zu begrüßen. Man denke nur an die vielen Kinder mit noch nicht abgelaufener Rachitis und Skrofulose, die in den Arbeiterwohnungen mit den engen Höfen bei dem Mangel an Luft und Licht verkümmern. Gerade ihnen wird die Kur in der ländlichen Heilanstalt, wo alle physikalischen und diätetischen Heilfaktoren voll ausgenutzt werden sollen, und wo sie dauernd in ärztlicher Behandlung sind, viel Nutzen bringen. An zweiter Stelle sollen auch größere Kinder, insbesondere auch Rekonvaleszenten, Aufnahme finden. Die Armenverwaltungen von Berlin, Charlottenburg und Rixdorf haben die Absicht ausgesprochen, Kinder, die ihrer Fürsorge unterliegen, in die Dyrotzer Heilstätte zu schicken. Man wird aber auch erwarten dürfen, daß Begüterte armen, schwächlichen Kindern die Kur in Dyrotz ermöglichen werden, indem sie die Kurkosten übernehmen. Der Verpflegungssatz ist auf 1,25 Mk. für den Tag festgesetzt worden; der Vorstand behält sich aber vor, in geeigneten Fällen den Pflegesatz zu ermäßigen. Gesuche um Aufnahme sind zunächst schriftlich an Herrn Priv.-Doz. Dr. H. Neumann, Blumenstr. 78, zu richten.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1905. No. 6.)

— **Die Kurse für stotternde Kinder**, welche vor einigen Jahren von der städtischen Schuldeputation in Berlin eingerichtet worden sind, haben außerordentlich günstige Ergebnisse gehabt. Es sind 90% der Schüler geheilt, die übrigen zumeist gebessert worden. Um noch günstigere Resultate zu erzielen, sollen die Kurse, die bisher nur im Winter stattfanden, in Zukunft auch im Sommer abgehalten werden. 22 Lehrer und 2 Lehrerinnen, die ihre Befähigung durch den erfolgreichen Besuch des an der hiesigen Taubstummenanstalt eingerichteten Vorbereitungskurses nachweisen müssen, erteilen den Unterricht an 24 Schulen. Die Zahl der Teilnehmer an einem Kurse ist auf 12 festgesetzt. Bei der Auswahl und Beaufsichtigung der stotternden Kinder wird nunmehr auch die Mitwirkung der Schulärzte in Anspruch genommen werden.

— Der Magistrat hat beschlossen, der Schmidt-Gallisch-Stiftung behufs **Herabminderung der Säuglingssterblichkeit** für das Etatsjahr 1905 eine Beihilfe von 80000 Mk. nebst 10000 Mk. für die erforderliche erste Einrichtung zu gewähren. Die Stiftung ist gehalten, zunächst vier Fürsorgestellen einzurichten, in denen die Mütter und Pflegemütter von Säuglingen sich unentgeltlich spezialärztlichen Rat über die Wartung und Ernährung der Säuglinge einholen können und in denen Milch oder andere Nährpräparate bis zur Dauer von 8 Tagen unentgeltlich verabreicht werden sollen.

München. Eine **„Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde“** wurde am 10. dieses Monats begründet. In der Gründungsversammlung wurde Geheimrat v. Ranke zum Vorsitzenden, Prof. C. Seitz zu dessen Stellvertreter, Dr. Spiegelberg zum Schriftführer und Dr. M. Adam zum Kassenwart gewählt.

Erlangen. Die **Eröffnung der neuen Kinderklinik** ist erfolgt und die neue, augenblicklich für 18 Betten eingerichtete Anstalt Herrn Prof. Voit unterstellt worden.

Hamburg. Hier werden versuchsweise 12 Schulärzte angestellt werden.

„Jung-Deutschland“ ist eine neue, von Direktor Dr. Langner (Sprottau) im Verlage von Paul Förster (Breslau) herausgebene „Jugendzeitschrift“ betitelt, welche vom 1. April ab wöchentlich einmal erscheint. Der Herausgeber hat eine große Anzahl von hervorragenden Schulmännern, Gelehrten und Schriftstellern um sich geschart, um der deutschen heranwachsenden Jugend beiderlei Geschlechtes und ihren Erziehern eine Zeitung in die Hand zu geben, in der wichtige aktuelle Fragen aus dem Staats- und Volksleben, aus der Welt der Wissenschaft, Kunst, Technik, Hygiene usw. in leicht faßlicher Weise und in der denkbar besten Form erörtert werden sollen. Die Jugend soll so davon abgehalten werden, ihren Wissensdurst durch die Lektüre der Tageszeitschriften zu befriedigen, die ja eine Menge Stoff enthalten, der für ihr Geistes- und Gemütsleben nicht geeignet ist. Die Idee ist eine sehr glückliche und fruchtbare, und es kann der Zeitschrift eine recht günstige Prognose gestellt werden. Da „Jung-Deutschland“ auch die Aufklärung und Belehrung der Jugend in hygienischer Beziehung in ihr Programm aufgenommen hat, gewinnt das Blatt für uns Kinderärzte besonderes Interesse, und es wäre sehr wünschenswert, wenn die Herren Kollegen das neue Unternehmen dadurch unterstützten, daß sie der Redaktion Artikel hygienisch-prophylaktischen Inhalts zur Verfügung stellten.

VII. Personalien.

Habilitiert: **Dr. J. Jovane** als Privatdozent für Pädiatrie in Neapel, **S. Beck** als Dozent für infantile Hautkrankheiten in Budapest.

Ernannt zum Assistenzarzt an der Universitäts-Kinderklinik in Breslau **Dr. Orgler.**

Gestorben: **D. W. S. Christopher**, früher Professor der Kinderheilkunde am College of Physicians and Surgeons zu Chicago.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.


L. & H. Vial & Uhlmann
Chem. pharmaceut. Laboratorium.
Frankfurt a/Main
erhältlich in allen Apotheken.
Vial's tonischer Wein
aus Fleischsaft, Königs-Chinarinde, Kalk - Lactophosphat, den wichtigsten Nährstoffen der Muskelsubstanz, der Nerven und des Knochensystems.
Aussergewöhnlich appetitanregend!
Bestes Kräftigungs- u. Stärkungsmittel
bei Reconvalescenten, schwächlichen Kindern, Bleichsüchtigen, Neurasthenikern, stillenden Frauen und Magenleidenden.
Litteratur und Proben zu Diensten.


Dr. Chr. Brunnengräbers
Malz-Extrakt
in Crystallform
Professor E. Stadelmann schreibt:
„Ein Esslöffel voll besitzt den Wert eines Eies“
Anwendung bei Unterernährung,
Anämie, Rachitis, Ikterus. Ersatz für Fette.
Niederlagen in sämtlichen Apotheken . . .
Proben und Literatur gratis und franko von
Dr. Chr. Brunnengräber, Rostock i. M.
Dr. Chr. Brunnengräbers
MALZEXTRACT
in Crystallform
Waarenzeichen
eingetragen
Chemische Fabrik

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. Juni 1905. No. 6.

I. Originalbeiträge.

Nachbehandlung nach Operation der Rachenmandel.

Von

Dr. G. Krebs,

Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
in Hildesheim.

Die Entfernung von adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum (oder, wie man sie jetzt lieber nennt, der hypertrophischen Rachenmandel) ist eine der dankbarsten Operationen in der gesamten Medizin. Sie bewirkt nicht nur sofort die Beseitigung der örtlichen Beschwerden: der behinderten Nasenatmung, des mangelhaften Sprechens, des Schnarchens, sondern beseitigt auch schnell die Komplikationen von seiten der übrigen Luftwege, des Ohres, entfernterer Körperstellen, und hebt das Allgemeinbefinden der fälschlich für skrofulös erklärten Kinder in prompter, oft erstaunlicher Weise. Zur Erreichung dieser Erfolge gehört aber eine richtige Ausführung der Operation, d. i. völlige Entfernung der erkrankten Rachenmandel, und eine geeignete Nachbehandlung. Über die Technik der Operation sind viele Hunderte von Veröffentlichungen erfolgt; die Nachbehandlung hingegen hat noch nicht ihre genügende Würdigung in der Literatur gefunden. Für die Nachbehandlung kommen — abgesehen von der Behandlung der vorhandenen, oben angedeuteten Komplikationen — zwei Gesichtspunkte in Betracht: erstens die Fürsorge für ungestörte Wundheilung, zweitens die Verhütung von Rückfällen.

I. Für die Wundbehandlung der operierten Rachenmandel gelten dieselben einfachen Grundsätze, welche ich für die endonasalen Wunden auf der zwölften Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft (30. Mai 1903 in Wiesbaden) entwickelt habe, und welchen sich Sir Felix Semon in einem Vortrage, gehalten in der Londoner laryngologischen Gesellschaft am 6. November 1903 mit ehrenden Worten angeschlossen hat. „Man soll eine normal heilende Nasen- (oder hier Nasenrachen-)wunde überhaupt nicht als Behandlungsobjekt betrachten. Der Pat., welcher sich nach der Operation meistens sehr wenig beschwert fühlt, wird zwar darauf aufmerksam gemacht, daß er als Träger einer Wunde sich von Alkoholmißbrauch fern halten soll, daß er Schwimm- und Tauchbäder, sowie allzu festes Schnupfen vermeiden soll, um nicht Wundeiter durch die

Tube ins Mittelohr zu bekommen; die Nasenhöhle selbst soll aber in Ruhe gelassen werden ... Nötig ist nur eine Kontrolle darüber, ob die Wunde normal abheilt, und darüber, ob durch die Operation die Beschwerden des Pat. beseitigt sind ...“

Ganz dasselbe gilt auch für den Nasenrachenraum. Man lasse also die Wunde in Ruhe, blase nicht, wie es mehrfach empfohlen wird, Pulver darauf, pinsele nicht und lasse nicht Nasenspülungen vornehmen. Die Nasenspülungen, deren Unentbehrlichkeit bei manchen Nasenkrankheiten zuzugeben ist, sind bekanntlich keine ganz gleichgültige Maßnahme; sie können leicht zu gefährlichen Mittelohrentzündungen führen. Und gerade hier, wo auf der offenen, eiternden Wunde des Nasenrachens sich zahllose Bazillen herumtummeln, und wo die örtliche Schutzvorrichtung des Lymphsystems unterbrochen ist, kann die Nasendusche besonders leicht verhängnisvoll werden. Die praktische Erfahrung lehrt, daß die Nasenrachenwunde am besten heilt, wenn man sie sich selbst überläßt, und daß alle Wundheilmittel zum mindesten überflüssig sind. Nur eine Maßnahme verordne ich in den ersten Tagen nach der Operation: Gurgelungen mit 2 % Wasserstoffsuperoxyd (von dem in den Apotheken vorhandenen Hydrogenium peroxydatum solutum 1 Eßlöffel auf 1 Glas Wasser). Das Gurgelwasser kommt natürlich mit der Wunde gar nicht in Berührung; es beseitigt nur den üblen Geruch aus dem Munde, welcher sich sonst leicht nach Operationen im Rachen einstellt. Es sind diese Gurgelungen zu vergleichen mit der Reinigung der Umgebung einer äußeren Wunde, welche man selbst unberührt läßt.

Über eine zweite Maßnahme, welche einige Tage nach der Operation in Frage kommt, wird sub II (Verhütung der Rückfälle) gesprochen werden.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt die Wunde ohne Komplikationen und Beschwerden zur Heilung. In den ersten Tagen, oft auch nur in den ersten Stunden hat der Pat. etwas Schluckschmerz, weshalb man ihn auf flüssige, nicht zu heiße Kost setzt. Hat man unter Narkose operiert, wie ich es in den letzten Jahren der Gründlichkeit wegen meistens mache, so folgt natürlich zunächst der Chloroformkatzenjammer. Am nächsten Tage fühlen sich die Pat. fast alle vollkommen wohl. Sie können alsdann alles essen, ausgenommen saure, pfeffrige oder krümlige Speisen (wie z. B. Nüsse); sie müssen vermeiden, Staub einzuatmen, und bleiben deshalb 5—8 Tage der Schule fern. Bis die Wunde ganz verheilt, d. h. mit Epithel bekleidet ist, dauert es wohl vier und mehr Wochen, doch macht sie nach Verlauf der ersten Tage keine subjektiven oder objektiven Symptome.

Zuweilen jedoch verläuft die Wundheilung nicht so glatt, sondern es stellen sich Komplikationen ein.

Wenn starker Hustenreiz sich unmittelbar an die Operation anschließt, so versichere man sich vor allem, ob nicht ein im Nasenrachenraum abgeschnittenes, aber noch an einer Schleimhautbrücke hängendes Restchen der Wucherungen im Halse herumpendelt. Dieses kleine Operationsmißgeschick kommt gerade bei einigen der besten und gebräuchlichsten Adenotomen leicht vor, weshalb man es sich zur

Regel machen soll, keinen Pat. nach Hause zu schicken, ohne nach Aufhören der Blutung nochmals genau seinen Rachen zu untersuchen. Hängen solche Restchen herunter, so werden sie mit einer schneidenden Zange abgekniffen. Dauert trotzdem der Hustenreiz noch fort, ohne daß man hierfür eine andere Ursache, etwa herabrinnendes Blut feststellen kann, so handelt es sich um einfachen Reizhusten, verursacht durch das Wundgefühl. Gutes Zureden oder nachdrückliches Ermahnen, den Reiz zu unterdrücken, beendet rasch diesen Husten.

Nachblutung nach der Operation ist eine glücklicherweise seltene, aber stets ernst zu nehmende Komplikation, welche bereits mehrere Todesfälle verursacht hat. Sie ist um so seltener, je besser die Operation gemacht worden ist, je glatter die Schnittflächen sind, und je exakter die Rachenmandel entfernt ist. Fetzige Wunden und zurückgebliebene Reste begünstigen die Entstehung einer Nachblutung.

Was hat man bei eingetretener Nachblutung zu tun? Zuerst überzeuge man sich nochmals, ob nicht ein halb abgeschnittenes, im Rachen baumelndes Stückchen den Reiz zum Bluten abgegeben hat, und entferne es, wie oben bemerkt. Im übrigen genügen meistens einfache Verordnungen: völlige Ruhelage mit erhöhtem Oberkörper, Lüftung aller den Hals beengender Kleidungsstücke, Schlucken von Eisstückchen und vor allem eine Maßnahme, welche bei den meisten Formen von Nasenbluten von bester Wirkung ist: tiefe Inspirationen durch die Nase, leichte Exspirationen durch den Mund. Durch die tiefen Inspirationen wird bekanntlich der Druck in der Vena cava superior und in den großen Halsvenen stark vermindert, oft sogar negativ, und somit der Blutdruck an der operierten Stelle herabgesetzt. Außerdem wird dadurch das Blut an seinen Austrittsorten innerhalb der oberen Luftwege etwas festgehalten und deshalb leichter zur Gerinnung gebracht (C. Hueter). Ich bin bisher immer mit diesen Maßnahmen ausgekommen. Es könnten jedoch auch besonders starke oder hartnäckige Blutungen eintreten, bei welchen energischere Mittel in Frage kämen. Abzuraten wäre hier von der sogenannten Bellocqschen Tamponade. Der mit der Bellocqschen Röhre eingebrachte Tampon drückt nämlich vor allem nach vorn, etwa auf die hinteren Muschelenden, während in unserem Falle die blutende Stelle oben und hinten liegt. Ich würde vielmehr folgendes empfehlen: eine Schlundzange wird mit einem nicht zu kleinen Bausch Watte oder Gaze (steril, mit Vioform oder im Notfalle auch mit Ferrum sesquichloratum präpariert) in den Nasenrachenraum eingeführt und eine Zeitlang nach oben und hinten angedrückt; hernach wird die Zange vorsichtig geöffnet und zurückgezogen, so daß der Tampon liegen bleibt.

Die Gefahr der Nachblutung wirft die Frage auf, ob es nicht nötig ist, die operierten Pat., namentlich auswärtige, klinisch zu behandeln. Ich habe in früheren Jahren auswärts wohnende Kinder, um sie im Fälle einer Nachblutung sofort erreichen zu können, in der Klinik zurückbehalten. Nachdem ich aber in 5 Jahren unter mehr als 2000 Operationen keine Nachblutung erlebt habe, bin ich der Ansicht, daß die Gefahr einer solchen, wenn der Eingriff exakt

ausgeführt worden ist, sehr gering ist — ausgenommen sind natürlich Hämophile —, viel geringer als nach manchen anderen Operationen, deren ambulante Erledigung als selbstverständlich gilt. Ich schiebe diesen günstigen Verlauf vor allem auf die Anwendung der Chloroformnarkose, welche ich seit 6 Jahren fast immer vornehme; sie gestattet eben, wiederholt mit dem Instrument einzugehen und daher die Wucherungen restlos zu entfernen. Vor Anwendung der Narkose habe ich öfters Nachblutungen beobachtet.

Eine weitere Komplikation ist Fieber des Operierten. Es kann in den unten zu erwähnenden Wundverhältnissen seinen Grund haben, oft aber ist eine Ursache für eine erhöhte Temperatur nicht erkennbar. Kinder, die ja zu dieser Operation das Hauptkontingent stellen, fiebern bekanntlich leichter als Erwachsene, und manches Kind reagiert schon auf die kleinste Unregelmäßigkeit des täglichen Lebens mit Fieber. Die Temperatursteigerung hält sich meistenteils in geringen Grenzen (bis 39°) und geht unter Bettruhe in 1—3 Tagen vorüber. Dabei sieht, wie gesagt, die Wunde und ihre Umgebung tadellos aus; zuweilen sind aber auch Gaumenbögen und hintere Rachenwand gerötet, und kleine akzidentelle Wundverletzungen an der Rachenwand, wie sie bei energischem Operieren vorkommen, bedecken sich mit gelbem, fibrinhaltigem Eiter. Auch typische Angina lacunaris kann sich einstellen. Unter den oben empfohlenen Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxyd weicht dieser Zustand schnell. Es ist jedoch auch schon phlegmonöse Entzündung dieser Gebilde beschrieben, sowie Erysipel — glücklicherweise sehr seltene Komplikationen, die zuweilen wohl auch in mangelnder Asepsis der Instrumente oder roher Technik bei der Operation ihren Grund haben mögen.

Eine sehr unerfreuliche Erklärung findet das Fieber bisweilen am vierten oder fünften Tage durch Auftreten von — Scharlachexanthem. Da es sich um Kinder handelt, welche vorher ganz gesund waren, besonders auch im Halse nichts Verdächtiges aufzuweisen hatten, so muß man annehmen, daß es sich dabei um einen echten „Wundscharlach" handelt, bei welchem die Operationswunde die Eintrittsstelle für das Scharlachgift abgegeben hat. Man lehne daher zuzeiten einer Scharlachepidemie die Operation in der Regel ab und schiebe sie auf, bis die Infektionsgefahr erloschen scheint.

Störungen seitens des Mittelohres treten nicht selten im Gefolge der Operation auf. Die engen Beziehungen der Paukenhöhle und der Eustachischen Röhre zur Rachenmandel sind bekannt. Entzündungen der letzteren sind ja die häufigsten Ursachen von Mittelohrkatarrh und -entzündung bei Kindern. Meistens wirkt die Entfernung der Rachenmandel auf eine vorhandene Mittelohrentzündung so günstig ein, daß diese sofort abheilt. Es kann aber auch gerade im Anschluß an die Operation zu einer neuen Mittelohrentzündung kommen. Sie verläuft meist leicht; jedoch sind mir auch Fälle bekannt geworden, wo tiefere Erkrankungen am Warzenfortsatz hinzugekommen sind.

Zuweilen stellt sich am zweiten oder dritten Tage nach der Operation schmerzhafte Nackensteifigkeit ein und hält einige Tage an. Sie tritt namentlich dann auf, wenn die Wucherungen auch an der hinteren Wand des Nasenrachens gesessen hatten, so

daß man auch die Region der oberen Halswirbel abhobeln mußte. Der Steifigkeit liegt wahrscheinlich eine Reizung des Periostes am Atlas und Epistropheus zugrunde. Sie bedarf keiner Nachbehandlung; für die nötige Ruhe sorgt schon die Schmerzhaftigkeit jeder Bewegung.

II. Das zweite Ziel der Nachbehandlung, die Verhütung von Rückfällen, kann kürzer abgehandelt werden. Die Wichtigste ist auch hierbei die gute Ausführung der Operation, d. h. die vollständige Entfernung alles Erkrankten. Es können zwar zurückgebliebene Reste schrumpfen (wie ja bekanntlich die ganze Rachenmandel verschrumpfen kann); aber man darf sich darauf nicht verlassen. Im Gegenteil, zuweilen wuchert sogar das adenoide Gewebe unter dem Wundreiz stärker nach. Ich habe mich wiederholt davon überzeugen können und auch assistierende Kollegen davon überzeugt, daß bei der Operation das adenoide Gewebe vollständig im Niveau der Schleimhaut abgetragen war, und daß dennoch nach einigen Tagen wiederum ein dickes adenoides Polster zu fühlen war. Wie ist diese unliebsame und wenig bekannte Tatsache zu erklären? Man hat sich die Rachenmandel nicht als eine scharf umschriebene, auf der Schleimhaut oder auf der Submucosa sitzende Ansammlung von adenoidem Gewebe vorzustellen, sondern letzteres reicht in versprengten Zügen weit hinein durch die gesamten Weichteile des Rachendaches. Also selbst wenn man stellenweise bis auf die Fibrocartilago basilaris hobelt, wird man fast immer einiges adenoide Gewebe zurücklassen, was der palpierende Finger bei der Operation nicht feststellen kann. Dieses adenoide Gewebe kann unter dem Wundreiz stark wuchern und die Grundlage für frühere oder spätere Rückfälle abgeben. Es ist im Anfange sehr weich und leicht zerdrückbar. Man untersuche deshalb 6—10 Tage nach der Operation nochmals den Nasenrachenraum. Am schonendsten tut man dieses mittels der Rhinoscopia anterior, welche dem Geübten (aber auch nur diesem), nachdem er nötigenfalls die unteren Muscheln mittels Kokain oder Nebennierenextrakt zum Abschwellen gebracht hat, einen vorzüglichen Einblick darüber gewährt, ob am Rachendach, an der hintern Wand des Nasenrachens oder in den Rosenmüllerschen Gruben etwas nachgewuchert ist. Die Rhinoscopia posterior übt eine etwas unsicherere Kontrolle aus, weil sie flache Reste, die über das Niveau der angrenzenden Schleimhaut nicht herüberragen, leicht übersieht. Dem Nichtspezialisten empfehle ich die Nachuntersuchung des Nasenrachenraumes mit dem palpierenden Finger. Diese Maßnahme durchbricht zwar den oben verfochtenen Grundsatz der Nachbehandlung, daß man die Wunde in Ruhe lassen soll; allein die Erfahrung zeigt, daß man vom vierten oder fünften Tage nach der Operation an mit dem — natürlich gut desinfizierten — Finger in den Nasenrachenraum eingehen darf. Der Finger überzeugt sich davon, ob etwas nachgewuchert ist, und drückt in diesem Falle die schwammigen Massen mit Leichtigkeit von ihrer Unterlage ab. Man erspart dadurch dem Pat. eine Nachoperation.

Eine zweite Maßnahme, welche ich seit 12 Jahren zur Verhütung von Rückfällen anwende, ist die Verordnung von Jodeisen innerlich. Die adenoiden Wucherungen stellen ja ganz denselben Prozeß an

der normal angelegten „Luschkaschen Tonsille" vor wie die skrofulös geschwellten Halsdrüsen an den normalen Zervikal-, Submaxillar- usw. Drüsen. Und wie diese oft auf Jod zurückgehen, so wirkt es auch begünstigend ein auf die Schrumpfung der hypertrophischen Rachenmandel. Da es sich hier oft um anämische Kinder handelt, so wird mit dem Jodeisen noch eine zweite Indikation erfüllt. Früher verordnete ich den offizinellen Sirupus ferri jodati; weil aber dieser die Zähne schwärzt, lasse ich jetzt Solutio ferro-mangano-jodo-peptonata 3 mal täglich einen Teelöffel voll in Milch, einnehmen. Unter dieser Nachbehandlung habe ich bei einem gut kontrollierbaren Krankenmaterial nur wenig Rückfälle zu verzeichnen: früher 3 %, und seitdem ich in Narkose operiere 1—2 %.

Kurz zusammengefaßt stellt sich also die Nachbehandlung bei unkompliziertem Verlauf folgendermaßen dar: Man stecke den Pat. für einige Stunden oder für den Rest des Tages ins Bett, verordne flüssige und nicht zu heiße Nahrung und lasse mit Wasserstoffsuperoxyd gurgeln. Für den nächsten oder einen der folgenden Tage bestelle man den Pat. wieder, sehe sich den Mundrachenraum an und verordne Jodeisen innerlich. Nach etwa 8 Tagen wird der Nasenrachenraum entweder rhinoskopisch oder mit dem Finger untersucht und mit diesem etwaige Wucherungen weggedrückt. Schließlich wird nach weiteren 14 Tagen nochmals untersucht, ob die Wunde geheilt ist, und ob die Beschwerden geschwunden sind.

Hat man mit der Rachenmandel gleichzeitig die Gaumenmandeln amputiert, so ist die Nachbehandlung genau dieselbe.

Bei manchen Kindern ist es auch nach bestem Verlauf der Operation und der Wundheilung noch nötig, eine zurückbleibende, gewohnheitsmäßige Mundatmung zu bekämpfen. In solchen Fällen überzeuge man sich zunächst, ob nicht eine übersehene intranasale Affektion, z. B. Muschelschwellungen, daran schuld ist. Wenn nicht, so übertrage man den Eltern die Aufgabe, über den gehörigen Lippenschluß der Kinder zu wachen, bei Tage durch Ermahnungen, des Nachts durch öfteren leisen Schluß der Lippen mit den Fingern während des Schlafes. Führt das nicht zum Ziele, so müssen mechanische Mittel angewendet werden, welche die Kinder zum Nasenatmen zwingen. Das einfachste und vielleicht auch das beste Mittel ist ein über die geschlossenen Lippen gelegtes Heftpflaster; nur erfordert es die dauernde Anwesenheit eines verständigen Erwachsenen, welcher das Pflaster sofort entfernen muß, sowie die Nase nicht genug Luft durchlassen sollte. Für die Nacht kommt es deshalb nicht in Frage. Für diese empfiehlt sich die Anwendung eines um den Mund und Nacken geschlungenen Tuches oder des Hebrockschen Lungenschoners (Winkler), d. i. einer zwischen Zähne und Lippen zu steckenden Kautschukplatte, welche sich der Schlafende sofort mit leichtem Griff herausreißt, wenn die nasale Atmungsluft knapp wird.

II. Referate.

Fischer, Die durch adenoide Vegetationen hervorgerufenen Symptome, Folgekrankheiten und Komplikationen. (Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. 62.) 500 an adenoiden Vegetationen leidende Pat. wurden einer genaueren Untersuchung und systematischem Ausfragen unterworfen. Der Fragebogen, welcher bei jedem Pat. ausgefüllt wurde, hatte folgenden Inhalt: Ist die Nasenrespiration gehindert gewesen? Zeigte sich Schnarchen? Geschlossenes Näseln? Neigung zum Schnupfen? Nasenbluten? Herabsetzung des Geruchsinnes? Pavor nocturnus? Ohrenfluß? Ohrenschmerzen? Ohrensausen? Schwerhörigkeit? Neigung zu Angina? Neigung zu Katarrhen der unteren Luftwege? Kopfschmerzen? Anämie? Enuresis? Aprosexie? Mangelhafte geistige Entwicklung? Beide Geschlechter waren ungefähr gleich beteiligt. 246 Pat. waren männlichen, 254 weiblichen Geschlechts; das Durchschnittsalter war 9,2 Jahre, so daß die adenoiden Vegetationen als „Kinderkrankheit“ im eigentlichen Sinne dieses Wortes bezeichnet werden können. Als konstantestes Symptom (in 83,8 %) wurde die Behinderung der Nasenatmung gefunden und als direkte Folge davon, die Mundrespiration. Bei 77,4 % der Pat. war der Schlaf von Schnarchen begleitet. Plötzliches lautes Aufschreien während des Schlafes, böse Träume und starke Unruhe waren in 17 % der Fälle vorhanden, in einzelnen Fällen war dieses Symptom die Veranlassung, ärztliche Behandlung nachzusuchen. Die Frage auf Anosmie, konnte nur bei Kindern, welche das zehnte Lebensjahr überschritten hatten, beantwortet werden, da sonst die Antworten zu unbestimmt waren, um ihnen Wert beilegen zu können. Bei 26,9 % der über 10 Jahre alten Kinder war der Geruchssinn geschwächt oder aufgehoben; nach Entfernung der adenoiden Vegetationen konnte eine bedeutende Besserung konstatiert werden. Rhinolalia clausa wurde in 80,3 % der Fälle gefunden. Es ist von Wichtigkeit, die Angehörigen des Kindes darauf aufmerksam zu machen, daß die Sprache nicht sofort nach der Operation den toten Klang verlieren wird, es vergehen gewöhnlich einige Monate, ehe sich das Kind an die neuen Verhältnisse gewöhnt und sein Gaumensegel richtig zu gebrauchen lernt.

Die Disposition für akute und chronische Katarrhe der Schleimhäute der Luftwege war so häufig, daß sie mit wenigen Ausnahmen bei allen Pat. nachgewiesen werden konnte. Die Schleimhäute sind widerstandsunfähig gegen schädliche Einwirkungen durch die Mundrespiration und die teilweise oder vollständig aufgehobene Wirkung der Nasenatmung. So konnten akute und chronische Katarrhe der Nase, des Rachens und des Larynx in etwa der Hälfte des Fälle festgestellt werden. Über Ohrsymptome wurde bei 66,4 % der Pat. geklagt. Die objektive Untersuchung ergab Otitis media cat. ac. in 3,2 %. Otitis med. cat. chron. in 18,2 %, akute eitrige Mittelohrentzündung wurde bei 7 Pat., chronische eitrige Mittelohrentzündung bei 32 Pat. gefunden. Eine Kausalverbindung gibt sich aus dem günstigen Verlauf des Ohrenleidens nach der Adenotomie zu erkennen.

Häufig auftretendes und zeitweise starkes Nasenbluten wurde bei 53 Pat. gefunden, bei 21 von diesen konnte das spätere Schicksal nach der Adenotomie verfolgt werden. Bei 15 hörte das Nasenbluten ganz auf, seltener wurde es in drei, und nur in 3 Fällen war keine Veränderung zu bemerken. Enuresis nocturna war bei 106 Pat. vorhanden, von 71 Fällen, welche nach der Adenotomie beobachtet werden konnten, wurden 66 geheilt. Über Kopfschmerzen wurde in 44,2 % der Fälle geklagt, Anämie wurde in 34,2 % festgestellt.

Aprosexie, welche in 35,8 % der Fälle gefunden wurde, war bei den meisten Kindern von Nasenstenose begleitet. 18 Pat. litten an Stottern, 3 an Aussprachefehlern. Wie weit diese Sprachfehler mit den adenoiden Vegetationen zusammenhängen, ist noch die Frage, sicher ist, daß einige Male Besserung nach Entfernung der Vegetationen eingetreten ist, so daß die Adenotomie unter allen Umständen vorgenommen werden muß, wenn eine hypertrophische Rachenmandel in Verbindung mit einem Sprachfehler gefunden wird. Dagegen darf man, wenn die geistige Bildungsstufe, auf welcher das Kind steht, niedrig ist, und dieser Zustand schon längere Zeit gedauert hat, keine allzu große Hoffnung auf Besserung desselben durch eine Adenotomie setzen. A. Sonntag (Berlin).

Marczel Falta, Vorschläge in der Taubstummenfürsorge. (Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. 63. S. 161.) (Vorgetragen im Landeskongreß der ungarischen Taubstummenlehrer am 23. Mai 1904.) Die angeborene Taubstummheit ist mit Sicherheit erst mit dem abgelaufenen ersten Lebensjahre zu diagnostizieren, man ist nach des Verf.s Erfahrungen nicht berechtigt, einen Fall, bei dem im neunten Monate keine Gehörswahrnehmungen vorhanden sind, als hoffnungslos hinzustellen. Taubstumme Kinder müssen mit besonderer Liebe und Freundlichkeit seitens der Angehörigen behandelt werden, ein Unterschied in der Erziehung gegenüber vollsinnigen Kindern darf nicht gemacht werden. Man soll vermeiden, die Ohren der Kinder durch die Haare zu verdecken, da man nie weiß, ob keine Gehörinseln vorhanden sind. Daher sollen auch die Spielzeuge dieser Kinder meistens tönende sein, doch ist Übertreibung dabei zu vermeiden, um das Gehörorgan nicht längere Zeit stärkeren Reizen auszusetzen. Da die Taubstummen im allgemeinen leicht zur Tuberkulose neigen, soll man früh danach trachten, ihre Lungen kräftig und widerstandsfähig zu machen, es sollen daher schon im frühen Kindesalter solche Spielzeuge bevorzugt werden, welche die Durchlüftung und Entwicklung der Lungen fördern können, wie etwa eine Windmühle, welche sich durch Anblasen herumdreht. Bei total tauben Kindern soll früh mit dem Ableseunterricht begonnen werden, bei den Kindern, welche noch Gehörreste haben, soll das Ablesen nur als Aushilfe geübt werden, dagegen die Gehörreste fleißig benutzt werden. Nach dem vollendeten siebenten Lebensjahre gehört das taubstumme Kind in die Taubstummenschule. Vor Beginn des Unterrichts werden ärztlicherseits die total Taubstummen von denen, welche noch Hörreste haben, getrennt. Mit den letzteren sind planmäßige Gehörübungen vorzunehmen. Diese sollen nicht nur bei Kindern, welche die Töne von b_1—g_2 hören, gemacht werden (Bezold), sondern bei allen die noch etwas Gehör

besitzen. Selbstverständlich sind eventuelle Eiterungen zu heilen, Adenoide zu entfernen usw. Die Untersuchung der Augen ist nicht zu vergessen, eventuelle Brechungsstörungen sind zu korrigieren. Wegen der im allgemeinen schwächlichen Konstitution und der Disposition zur Tuberkulose der Taubstummen ist auf einen geregelten Turnunterricht großer Wert zu legen. Um in Städten mit größerem Verkehr die Kinder vor der Gefahr des Überfahrenwerdens mehr zu schützen, schlägt Verf. für die Taubstummen das Tragen einer besonderen Uniform vor, die schon aus der Ferne erkannt werden kann.

A. Sonntag (Berlin).

Ostmann, Die Prophylaxe des Ohres bei den akuten Infektionskrankheiten. (Aus der kgl. Univers.-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke in Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 15.) O. zeigt, wie bei den Infektionskrankheiten Ohrkomplikationen entstehen, und wie die Prophylaxe in zweckmäßiger Weise eingreifen kann. Besonders gefährdet sind Kinder, deren Nase und Rachen bereits vorher chronisch erkrankt war, so daß man den ungemein häufigen Nasen- und Rachenerkrankungen volle Aufmerksamkeit schenken muß. Die Nasenrachenkatarrhe führen bei Kindern oft zu bedeutender Ansammlung von Schleim in Nase und Rachen; denn die Kinder sind infolge der Verlegung der Nase unfähig, richtig zu schnauben; verschlimmert nun eine Infektionskrankheit noch die Nasenrachenerkrankung, so hat es oft erhebliche Schwierigkeiten, zur Zeit der Erkrankung selbst eine sachgemäße Behandlung einzuleiten. Man gewöhne daher die Kinder möglichst frühzeitig, Nasen- und Rachenhöhle durch richtiges Schnauben und Spülen zu säubern. Da nun jede Druckerhöhung im Nasenrachenraum bei gesteigerter Infektionsgefahr vermieden werden muß, so gewöhne man die Kinder von vornherein an einseitiges, hinreichend kräftiges, aber nicht gewaltsam stoßweises Schnauben. Ebenso werde das Kind geübt zu gurgeln oder, was viel zweckmäßiger ist, das Cavum pharyngo-orale et laryng. zu spülen, was wie folgt geschieht: Es wird ein kleiner Schluck der Spülflüssigkeit in den Mund genommen, durch die Nase tief eingeatmet und auf der Höhe der Inspiration die Atmung sistiert; dann wird der Mund geöffnet, die Zunge vorgestreckt und der Zungengrund durch Löffel oder Spatel nach vorn gedrängt. Die Flüssigkeit stürzt in das Cavum pharyngo-orale et laryng., erzeugt eine kräftige Würgbewegung und wird durch diese wieder ausgeworfen; der Gebrauch des Löffels wird nach einiger Übung bald überflüssig. Vor Ausbruch einer Infektionskrankheit kann man also das Ohr schützen: durch Beseitigung bestehender Nasenrachenerkrankungen, durch Übungen im gefahrlosen Schnauben, im Gurgeln und Spülen des Rachens.

Während der Infektionskrankheit ist vor allem Nase und Rachen frei und sauber zu halten. Erweist sich die Nasenatmung durch Schleimhautschwellung und Schleimansammlung behindert, so ist dies sehr oft zu beseitigen durch Nasenspray:

Rp. Cocain. mur. 0,1
Acid. boric. 4,0
Aq. dest. ad 200,0.

Man verfahre so, daß das im Bette aufsitzende Kind den Kopf ein wenig nach vorn neigt, den Mund öffnet (damit nicht geschluckt wird), und der die Luft zuführende Ballon anfangs nur 4—5 mal zusammengepreßt wird; jedes gewaltsame Vorgehen wird vermieden, wenn man die dünne Röhre des Sprays geschickt von unten her etwa 1 cm in die Nasenöffnung führt, dann bei gleichbleibender Stellung des Kopfes die Röhre etwas anhebt, um horizontal nach hinten und nicht nach oben zu sprayen. Die zerstäubte Flüssigkeit fließt zum Teil von selbst ab, unter Einwirkung des Kokains schwillt die Schleimhaut ab, die Schleimmassen werden verdünnt, Brocken allmählich gelöst, so daß oft erstaunliche Mengen von Schleim und Eiter entleert werden, sobald nachher die behandelte Nasenseite unter Verschluß der anderen einseitig ausgeblasen wird. Wird diese Behandlung, die sehr bald die Pflegerin übernehmen kann, täglich 3—4 mal durchgeführt, so wird Nase und Rachen sehr bald freier, und ungezählte, das Ohr gefährdende Bakterien eliminiert. Wo die Durchgängigkeit der Nase sehr stark beeinträchtigt ist, muß man vor dem Sprayen die Nase durch Bestreichen der unteren Muscheln mit einigen Tropfen 2 bis 5 $^0/_0$ iger Kokainlösung, der man 2—3 Tropfen Adrenalin zusetzt, erweitern. Natürlich müssen auch die Zähne gepflegt werden (Kal. chloric.-Zahnpaste), Mund und Rachen regelmäßig ausgespült werden.

Nach Ablauf der Infektionskrankheit können immer noch Ohrkomplikationen sich einstellen, so daß Nase und Rachen fortdauernder Aufmerksamkeit bedürfen. Eine der schwersten doppelseitigen Mittelohrentzündungen, die O. behandelt hat, war nach scheinbar völligem Ablauf einer sehr wenig ausgedehnten diphtherischen Erkrankung der Mandeln unmittelbar nach dem Spielen eines Blasinstrumentes entstanden. Erhöhter Druck im Nasenrachenraum ist zu vermeiden und alle anderen prophylaktischen Maßregeln sind streng zu beachten, solange bis Nase und Rachen ganz gesundet sind und der ganze Ernährungszustand sich wesentlich gehoben hat. Denn infolge der Abmagerung, an welcher das Fettpolster der Tuben Anteil nimmt und eine Erweiterung der Tubenostien eintritt, besteht für die Ohren erhöhte Infektionsgefahr.

Grätzer.

Rose, Death of a child from the prick of a hatpin. (Scot. med. and surg. journ. 1905. Bd. 36.) R. berichtet über ein 8 jähriges Mädchen, daß sich mit einer Hutnadel ins Ohr gestochen hatte. Nach dem Stich entleerte sich aus dem Ohr eine klare Flüssigkeit, es war also wohl der Subarachnoidalraum angestochen. Das Kind erlag einer zerebralen Infektion.

Schreiber (Göttingen).

R. Dölger (München), Hysterische rechtsseitige Taubheit mit gleichseitiger Hyperästhesie des äußeren Ohres. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 14.)

Das 12 jährige Mädchen stürzte im Alter von 6 Jahren in einen Graben. Mit 8 Jahren erkrankte es an Lungenentzündung mit nachfolgender, fast $^1/_2$ Jahr dauernder rechtsseitiger Mittelohreiterung. Seit einigen Monaten Klagen über Schmerzen im rechten Ohr und hinter demselben, über rechtsseitige Kopfschmerzen, zeitweise Schwindelanfälle und Übelkeiten frühmorgens nach dem Erwachen.

Objektiver Befund: Linkes Ohr normal. Am rechten Warzenteil äußerste Druckempfindlichkeit, ohne daß die Weichteile irgendwelche Veränderung zeigen, ebenso wird auch das Einführen des Trichters und die Berührung der Gehörgangswände, insbesondere der knöchernen unteren Wand mit Sonde äußerst schmerzhaft empfunden. Hörweite für Flüstersprache = o.

Im auffallenden Kontrast zu diesem Untersuchungsbefund steht das allgemeine Verhalten: Pat. läßt während der mit ihr angeknüpften Unterhaltung nichts von irgendwelchen Beschwerden erkennen, sie erscheint geschwätzig und heiter, so daß man unwillkürlich Zweifel an dem Ernst der Beschwerden bekommt. Dieselben werden noch bestärkt durch die außerordentliche Hyperästhesie der unteren Wand des knöchernen Gehörganges, welche sich mit dem übrigen auf eine wirkliche organische Erkrankung des Mittelohrs und Labyrinths hindeutenden Befund nicht recht in Einklang bringen läßt.

Therapie: Eisblase. Einreibungen des Warzenteils mit Jodvasogen.

Nach etwa 14 Tagen sind die Beschwerden geschwunden, nur die Hyperästhesie des Gehörgangs ist unverändert. Dagegen ist die Taubheit vollständig weg, Flüstersprache wird rechts wie links auf 4 m vernommen.

Es lag unzweifelhaft Hysterie vor, obwohl die Beschwerden (Druckempfindlichkeit des Warzenteiles, Taubheit, Schwindel, Übelkeit) durchaus auf eine organische Erkrankung des Mittelohres und Labyrinthes hindeuteten. Eine hypnotische Behandlung hätte vielleicht schon früher dem Leiden ein Ende gemacht. Grätzer.

von Eicken, Zur Lokalanästhesie des äußeren Gehörganges und des Mittelohres. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 48. Ergänzungsheft. S. 114.) Beschreibung einer Methode, um bei dem äußerst schmerzhaften Eingriff einer Inzision eines Furunkels des Gehörganges oder anderer Eingriffe im Gehörgang völlige Schmerzlosigkeit zu erzielen. Die Anästhesie wird durch durch Einspritzen einer 1 $^0/_0$ igen Kokainlösung mit einem Kochsalzgehalt von 0,6 $^0/_0$, der auf den Kubikzentimeter 1—2 Tropfen Adrenalinlösung (1,0:1000,0) zugefügt ist, in die Gebiete herbeigeführt, wo die sensiblen Nerven an den Gehörgang herantreten. Nach Gefrieren der Haut durch Chloräthylspray sticht man die Hohlnadel in der Umschlagsfalte der Ohrmuschel dicht unterhalb des Knorpels des Gehörgangsbodens ein, führt sie nach medial und hinten oben in der Richtung auf die Fissura tympanico-mastoidea, wo der Ramus auricularis und vagi hervortritt, und spritzt hier einen Teil der Lösung ein. Dann zieht man die Nadel etwas zurück und stößt, während der Pat. den Mund soweit wie möglich öffnet, parallel der vorderen unteren Gehörgangswand so tief ein, bis man das Os tympanicum erreicht, wo die Zweige des N. auriculo-temporalis zum äußeren Gehörgang verlaufen. Es genügen zur vollständigen Anästhesierung 1—2 ccm der Lösung. Um das Trommelfell anästhetisch zu machen, genügt diese Methode nicht, dazu muß man Kokainlösung direkt in die Pauke bringen. Dies durch die Tube mittels eines Bougies zu tun, ist wegen der entzündlichen Prozesse, derentwegen meistens die Parazentese geschieht, nicht angängig. Verf. hat folgende Methode angegeben. Nach Anästhesierung des äußeren Gehörganges wird eine stumpfwinkelig abgebogene Hohlnadel dicht am Trommelfell entsprechend der Mitte der Incisura tympanica in die Haut des äußeren Gehörganges gestochen und Kokain-Adrenalinlösung injiziert. Dabei dringt offenbar ein Teil in die Shrapnellsche Membran ein

so daß diese schmerzlos durchstochen werden kann und man durch die Öffnung in die Paukenhöhle direkt Lösung einspritzen kann.

A. Sonntag (Berlin).

Henrici, Die Tuberkulose des Warzenfortsatzes im Kindesalter. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 48. Ergänzungsheft. S. 1.) Von manchen Seiten wurde bisher die Möglichkeit einer primärossalen oder hämatogenen tuberkulösen Infektion des Warzenfortsatzes bestritten. Zum Beweise des häufigen Vorkommens dieser Form veröffentlicht Verf. 8 Fälle von primärossaler (d. h. auf dem Blutwege induzierter) Form tuberkulöser Mastoiditis, welche an der Universitätsklinik in Rostock zur Beobachtung gelangten. Um einen solchen Infektionsmodus als sicher feststehend zu betrachten, muß die andere Infektionsmöglichkeit durch die Tube ausgeschlossen werden, es muß festgestellt sein, daß in den oberen Luftwegen kein tuberkulöser Herd vorhanden war, welcher als Infektionsquelle des Mittelohres per tubam in Betracht kommen könnte. In keinem der veröffentlichten 8 Fälle lag Tuberkulose der Lungen, des Kehlkopfes und der Nase vor, nur in einem Falle wurde eine Tuberkulose der Rachenmandel konstatiert. Nach den Untersuchungen jedoch von Wex und Ito scheint das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkulose in der Rachenmandel und im Warzenfortsatze recht selten und die Gefahr einer tuberkulösen Infektion des Ohres von der Rachenmandel aus eine sehr geringe zu sein. Auch handelte es sich in diesem Falle um eine sehr leichte Tuberkulose der Rachenmandel und eine sehr ausgedehnte des Warzenfortsatzes. Auch das Verhalten der Paukenhöhle, welche bei dem Infektionsmodus per tubam doch zuerst erkranken müßte, widerspricht diesem in allen 8 Fällen. Bei 2 Fällen war die Paukenhöhle überhaupt nicht beteiligt. Bei den anderen 6 Fällen, welche mit einer Mittelohreiterung einhergingen, deuten alle Zeichen darauf hin, daß eine nicht tuberkulöse Otitis media die tuberkulöse Mastoiditis kompliziert hat. Mit Ausnahme eines Falles entstand das Ohrleiden mit heftigen Schmerzen oder nach Masern, in diesem einen Falle sollen angeblich keine Schmerzen bestanden haben. Diese Angabe möchte Verf. mit Vorsicht aufgenommen wissen. Außerdem spricht der Verlauf der Otitis media für eine gewöhnliche Paukenhöhleneiterung. Mit Ausnahme zweier zum Exitus gelangter Fälle heilte die Otitis vor der Vernarbung der Operationswunde aus, wie es die Regel ist. Verf. hält sich danach für berechtigt, alle seine Fälle für primärossale tuberkulöse Mastoiditiden zu halten. Er verallgemeinert diese Schlußfolgerung so weit, daß er jede tuberkulöse Mastoiditis im Kindesalter für eine hämotogen entstandene hält, wenn keine „besonderen Anhaltspunkte vorhanden sind, die eine tubare Infektion wahrscheinlich machen.“

Bei den meisten Fällen, die man zu Gesicht bekommt, bei deutlicher Mastoiditis, ist es nach dem äußeren Befunde nicht möglich, die tuberkulöse Natur der Erkrankung festzustellen. Eine bestehende Fistel zeigt oft durch schlaffe Ränder und blasse Granulationen den tuberkulösen Charakter. Ziemlich sicher besteht Tuberkulose bei Ergriffensein der kompakten Teile des Schläfenbeines. Das einzige, ganz sichere Zeichen für tuberkulöse Erkrankung besteht in dem

Vorhandensein von kleinen miliaren, gelbgrauen Tuberkelknötchen auf der harten Hirnhaut oder Sinuswand. In den meisten Fällen wird man aus dem makroskopischen Befunde nur den Verdacht auf Tuberkulose schöpfen können, effektive Sicherheit bringt erst das Mikroskop oder der Impfversuch. Die Prognose hängt von dem Zeitpunkte ab, in dem der Pat. zur Operation kommt, und ist, falls der Prozeß auf den Warzenfortsatz beschränkt ist, eine recht günstige. Das einzig helfende Mittel ist die Operation. In den bei weitem meisten Fällen kommt man mit der einfachen Antrumaufmeißelung aus, wenn sich die ganze hintere knöcherne Gehörgangswand als krank erweist, wird man manchmal zur Radikaloperation gezwungen.

A. Sonntag (Berlin).

Gerber, Ausbleiben des Knochenansatzes am operierten Schläfenbein. (Arch. f. Ohrenheilkunde. Bd. 63. S. 134.) Bei einem sonst gesunden 8jährigen Mädchen stellte sich nach ausgedehnter Freilegung der hinteren und mittleren Schädelgrube bis 9 Monate nach der Operation keine Neubildung des Knochens ein. Nach vollständiger Ausheilung und Epidermisierung der Höhle lagen diese in 2 qcm Größe und Sinus in 2 cm Länge ohne Knochen und Kutis, nur von Epidermis bedeckt, frei. Eine angelegte blecherne Schutzkapsel wurde nicht vertragen. Das Kind, welches gar keine Beschwerden hat, geht jetzt mit einer starkgefütterten Schutzklappe herum. Falls der Defekt sich nicht noch schließen sollte, ist eine operative Deckung durch den Müller-Königschen Schällappen, bestehend aus Haut, Periost und Knochen in Aussicht genommen.

A. Sonntag (Berlin).

Theodor Heiman, Die Indikation zur Eröffnung des Warzenfortsatzes bei akuter eitriger Mittelohrentzündung. (Medycyna. 1904. No. 47, 48, 49, 50.) Nachdem Verf. in kurzen Worten die extremen Anschauungen der Autoren in bezug der im Titel aufgeworfenen Frage skizziert hat, erörtert er zuerst das Verhältnis des Entzündungsprozesses in der Trommelhöhle zu dem im Warzenfortsatze zu dem Schlusse, auf Grund der diesbezüglichen Arbeiten Bezolds, kommend, daß bei jenem Entzündungsprozeß des Mittelohres eine Mitbeteiligung des Warzenfortsatzes, selbst bei fehlenden Symptomen, vorhanden ist. Warum aber in manchen Fällen die Entzündung zurückgeht, in anderen es zur Abszedierung mit Knochenzerstörung kommt, hängt nicht so sehr mit lokalen Verhältnissen als eher mit dem Allgemeinzustand des Pat. und dessen Widerstandsfähigkeit zusammen; am meisten werden doch solche abszedierende Entzündungen des Warzenfortsatzes nach akuten Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie beobachtet, ferner bei tuberkulösen, rachitischen und anämischen Individuen, mit einem Worte dort, wo die Widerstandsfähigkeit stark herabgemindert erscheint.

Auch die Virulenz der Infektionsträger ist nicht außer acht zu lassen und dürfte auf den Endausgang des Prozesses von Einfluß sein.

Auf die wichtige Frage übergehend, wann man das Vorhandensein von Eiter im Antrum mast. diagnostizieren kann, und in welchen Fällen dessen Resorption zu erwarten ist, hebt Verf. auf Grund eines

großen klinischen Materials hervor, daß eine bedeutende Eiterung im Verlaufe einer akuten Mittelohrentzündung, wenn nach Abtrocknen der Trommelfelloberfläche der nachfließende Eiter rasch das Gesichtsfeld wieder bedeckt, und dieser Prozeß nach beiläufig 4 Wochen trotz rationeller Behandlung nicht zessiert, daß dann auf Mitergriffensein des Proc. mastoideus ohne Hoffnung auf Heilung durch Resorption zu schließen und eine Operation indiziert ist. Ein konstanter, wenn auch leichter Schmerz, welcher Wochen dauert, Empfindlichkeit gewisser Partien des Proc. mastoideus sind ebenfalls Symptome von Knochenerkrankung, die wenig Wahrscheinlichkeit auf Heilung ohne Operation darbieten. Allerdings muß man sich vergewissern, ob diese Knochenempfindlichkeit nicht von rheumatischen, arthritischen Prozessen abhängt, und bedenken, daß bei jeder Mittelohreiterung nach der spontanen oder chirurgischen Trommelfellperforation eine gewisse Empfindlichkeit am Proc. mastoid. besteht, welche zwar auf das Ergriffensein des Proc. mastoid. hindeutet, jedoch noch keine Indikation zur Operation bildet. Wann soll man also zur Eröffnung des Warzenfortsatzes schreiten? Auch hier sind die Meinungen stark geteilt; während die einen eine frühzeitige Operation, wenn nach dem achten Krankheitstage kein Zurückgehen der Symptome zu konstatieren ist, anraten, meinen die anderen, bis zum Hervortreten gefahrdrohender Symptome abwarten zu können.

Wenn man als Zweck des frühzeitigen Operierens die Verhütung gefahrdrohender Komplikationen, ein rasches Heilungsresultat und das Verhindern in ein chronisches Stadium überzugehen, ansieht, so kann Verf. sich nicht als Anhänger dieser Anschauung bekennen. Gefahrdrohende Komplikationen werden bei einer von Anfang an rationellen Behandlung sehr selten beobachtet, auch gibt es keine Beweise, die für die Richtigkeit der beiden letzten Punkte sprechen würden. So hat Verf. schon im Jahre 1891 die Indikation für die Operation formuliert: Wenn im Verlaufe der akuten eitrigen Mittelohrentzündung die Eiterung binnen 2—3 Wochen nicht sistiert, bei vorhandenem Fieber, ist zur Eröffnung des Warzenfortsatzes zu schreiten. Die Erfahrung hat ihn aber gelehrt, daß die angegebene Zeit zu kurz sei, manchmal zessiert die Eiterung erst nach 4—6 Wochen, so daß, wenn auch bis zum Eintritte gefahrdrohender Symptome nicht zuzuwarten sei, man andererseits nicht zu früh mit der Operation eilen soll. — Hier spielt eine große Rolle die Erfahrung des Arztes, der manchmal dort die Operation für indiziert erachtet, wo ein anderer, minder erfahrener, noch zuwarten möchte, oder auch umgekehrt. Zum Schlusse erklärt sich Verf. in den meisten Krankheitsfällen bloß für die Eröffnung der Cellulae mastoid., wobei allerdings die ganze äußere Wand des Proc. mastoid. zu entfernen ist mit nachträglicher Excochleation der kranken und verdächtigen Partien. Bemerkt man aber während der Operation, daß die Knochenerkrankung tiefer greift, oder ist das Antrum mit Granulationen bedeckt, dann muß zur Eröffnung des Antrum geschritten werden. Gabel (Lemberg).

Heinrich Halàsz, Ein Fall von Nasensteinbildung und infolge derselben entstandene eitrige Mittelohrentzündung.

(Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. 63. S. 214.) Ein 14 jähriges Mädchen klagte über üblen Geruch aus der rechten Nasenhälfte seit längerer Zeit, außerdem starken rechtsseitigen Tränenfluß und reißende Schmerzen in der Stirngegend. Seit 2 Monaten rechtsseitiges Ohrlaufen nach mehrere Tage hindurch dauernden Schmerzen vor Beginn des Ausflusses. Als Ursache des üblen Geruches wurde ein Nasenstein in der rechten Nasenseite festgestellt, welcher sich um einen Kirschkern gebildet hatte und 2 cm lang und $1^1/_2$ cm breit war. Nach der Extraktion desselben waren am folgenden Tage die quälenden Erscheinungen geschwunden, auch sistierte sofort die seit 2 Monaten bestehende Entzündung und Eiterung aus dem Ohre.

A. Sonntag (Berlin).

E. Baumgarten (Budapest), Die Hämatome der Nasenscheidewand, deren Umwandlungen und deren einfache Behandlungsart. (Wiener klin. Rundschau. 1905. No. 13.) B. bespricht diese Themata eingehend und berichtet dabei über einen sehr interessanten Fall von Perichondritis chronica bei einem 14 jährigen Knaben. Obwohl die Anamnese sehr dürftig war und niemand sich an ein früheres Trauma erinnerte, nimmt B. doch an, zumal er für den Fall eine andere Erklärung nicht findet, daß auch hier erst ein Hämatom vorhanden war, das in eine Perichondritis sich umwandelte, daß aus dieser ein Abszeß wurde, der sich aber nicht spontan entleerte, sondern als Perichondritis chronica weiter bestand. Grätzer.

L. Ballin, Zur Behandlung des Schnupfens der Säuglinge. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Februar 1905.) Der akute Schnupfen im Säuglingsalter ist durchaus nicht als harmlose Erkrankung aufzufassen. Der Verschluß der Nasengänge und die Ansammlung des Sekrets tragen manche üblen Folgen nach sich, und man muß ernstlich dafür sorgen, daß Abschwellung und Sekretverminderung eintreten, die Nasenatmung bald wieder frei wird.

Dazu hat sich die Benutzung von Nebennierenpräparaten als recht wirksam erwiesen. Man legt abwechselnd in jedes Nasenloch für 2—3 Minuten kleine Wattetampons, die in eine Adrenalinlösung 1:1000 getaucht sind, dann wird die Schleimhaut anämisch und schwillt ab. Da diese Wirkung nur 3—4 Stunden anhält, muß man die Prozedur 3—4 mal täglich wiederholen, eventuell sogar vor jedem Trinken. Nach 3—4 Tagen kann man zu seltener Anwendung übergehen. Die Bildung von flüssigem Sekret läßt nach, dagegen tritt Borkenbildung auf, die man mit weißer Präzipitatsalbe behandelt. Statt der leicht verderbenden Adrenalinlösung kann man zweckmäßig Hemisinetabletten (Burroughs, Wellcome & Co.) anwenden; eine Tablette, mit 5 ccm Wasser aufgelöst, entspricht obiger Lösung, hält sich einige Tage und macht das Verfahren zu einem viel billigeren.

Bei schwächlichen Säuglingen geht aus der akuten Infektion oft eine sehr hartnäckige, durch blutig-schleimig, eitriges Sekret gekennzeichnete Rhinitis hervor. Hier muß außer Adrenalin noch $^1/_2$- bis $1\,^0/_0$ige Höllensteinlösung angewandt werden, und zwar so, daß einmal

am Tage nach der Adrenalinapplikation in jedes Nasenloch 1 Tropfen davon gebracht wird. Nach wenigen Tagen hört dann die Sekretion auf, aber die Behandlung ist noch längere Zeit fortzusetzen, damit kein Rezidiv eintritt.

Diese Therapie hat einen sehr günstigen Einfluß auf die Nahrungsaufnahme und verhütet auch Lungenkomplikationen; von den mit Adrenalin behandelten Kindern erkrankten nur 12,5 % an Bronchitis, von den unbehandelten 44,4 %. Die Methode erwies sich auch recht wirksam bei der syphilitischen Koryza der Säuglinge; seit der Adrenalin-Höllensteinbehandlung waren Todesfälle an Lungenaffektionen dabei nicht mehr zu verzeichnen. Grätzer.

Carl Hochsinger (Vienne), Considérations sur le stridor d'origine thymique chez les enfants. (Revue mens. des malad. de l'enf. Mars 1905.) Mit Bezug auf die Mitteilung von Marfan in der Februar-Nummer derselben Zeitschrift bemerkt H., daß er auf dem Kongresse zu Kassel der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrie, im September 1903, seine radiographischen Untersuchungen über die Thymus bei Kindern zur Kenntnis gebracht hat. Er konnte nachweisen, daß unter 58 radiographierten Fällen 26 eine Vergrößerung der Thymus hatten, und daß 20 dieser Säuglinge das symptomatische Bild des kongenitalen Stridors darboten. Diese 20 Fälle hatten die Basis für eine im Jahre 1904 erschienene Monographie über den Stridor thymicus infantum abgegeben. Er konnte dort nachweisen, daß diese Krankheit in exklusiver Weise auf eine Kompression der Trachea, welche durch die hypertrophierte Thymusdrüse veranlaßt wird, zurückzuführen sei. Er fügt hinzu, daß außer der radiographischen Untersuchung auch die Perkussion der Thymus wichtige diagnostische Fingerzeige geben kann. Auch auf den Zusammenhang zwischen der Hypertrophie der Thymus und der hereditären Syphilis, sowie auch auf die Existenz eines Zusammenhanges zwischen ersterer und der Milzhypertrophie hat H. in seiner erwähnten Monographie hingewiesen.

E. Toff (Braila).

Deguy et **Detot**, La laryngite cricoidienne ulcéreuse. (Revue de malad. de l'enf. Janvier 1905.) Die Gegend des Kehlkopfes, welche sich zwischen den Stimmbändern und dem Beginne der Trachea erstreckt und die dem Ringknorpel entspricht, ist der Sitz eigentümlicher Entzündungen, welche in akuter Weise, namentlich mit Erstickungssymptomen, beginnen und eine besondere Tendenz zur Chronizität darbieten. Einen solchen Fall beobachteten die Verff. bei einem 7 jährigen Knaben, welcher nach vorangehendem Schnupfen und Husten heiser wurde und einen intensiven dyspnoischen Anfall bekam, welcher durch die vorgenommene Intubierung behoben wurde. Der Husten dauerte an und es wurde ein eitriger, leicht blutig gestreifter Schleim expektoriert. Die Untersuchung auf Diphtherie- und Tuberkelbazillen fiel negativ aus. Am zweiten Tage suffokatorischer Anfall, welcher zur Detubierung zwang, dann durch 7 Tage leichtere Respiration, leicht erhöhte Temperatur, Heiserkeit und Husten. In den folgenden 2 Tagen wieder Erstickungsanfälle und Tubierung, doch wurde die Röhre nach wenigen Stunden wieder ausgestoßen. Endlich

trat ein neuer heftiger Erstickungsanfall ein, Intubierung und Tracheotomie konnten nicht mehr genügend rasch ausgeführt werden und das Kind starb. Bei der Nekropsie wurde eine tiefe Ulzeration der ganzen Krikoidgegend gefunden, welche an manchen Stellen bis auf den Knorpel reichte, an anderen mit der fetzigen, hämorrhagisch durchsetzten Schleimhaut bedeckt war. Die bakteriologische und mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Leptotrixfäden und von Kokken. Die anderen Teile des Kehlkopfes und die Lungen wurden gesund befunden.

Es ist nicht unmöglich, daß ein Teil der ulzerativen Vorgänge im Kehlkopfe auf die wiederholten Tubierungen zurückzuführen wäre, und daß die rechtzeitige Vornahme dem Falle eine günstigere Wendung gegeben hätte. E. Toff (Braila).

Hödlmoser, Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper im Larynx. (Aus dem bosnisch-herzegovinischen Landesspital in Sarajevo.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 13.)

Ein 8 jähriger Knabe mit starkem Stridor beim Atmen wurde ins Spital eingeliefert; es war ihm 6 Tage vorher beim Essen der Suppe ein Stück Knochen im Halse stecken geblieben, was am ersten Tage gar keine Erscheinungen, am zweiten erst geringe Atembeschwerden bewirkte, die sich dann allmählich steigerten.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung war in der Sagittalebene des Larynx eine weißliche Leiste zu sehen, welche zwischen den Taschenbändern von der vorderen zur hinteren Larynxwand reichte und zu deren beiden Seiten nur ein ganz schmales Lumen bestand. Ohne Kokainisierung gelang nach 5 maligem Eingehen mit der Schrötterschen Larynxpinzette die Extraktion des Fremdkörpers, eines dreieckigen flachen Knochens von 2 mm Dicke und 17—18 mm Länge der Seitenkanten.

Bemerkenswert war in diesem Falle die relativ lange Dauer des Verweilens dieses Fremdkörpers im Larynx, dann das Gelingen der Entfernung auf endolaryngealem Wege in einer einzigen Sitzung (trotz des jugendlichen Alters des Pat. und der beträchtlichen Stenose infolge der reaktiven Entzündung!), und dazu ohne Anästhesie, endlich die Größe des Knochens, welcher trotz seines Mißverhältnisses zur Kleinheit des kindlichen Larynx fast eine Woche getragen werden konnte, was sich wohl nur daraus erklären läßt, daß der Knochen senkrecht in der Sagittalebene eingekeilt war. Grätzer.

H. Starck, Fremdkörperextraktion im Ösophagoskop. (Aus der med. Klinik in Heidelberg.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 9.) St. führt 4 Fälle von verschluckten Fremdkörpern an, die auf ösophagoskopischem Wege extrahiert wurden. 3 mal handelte es sich um Erwachsene, welche Knochen verschluckt hatten, das vierte Mal um ein $2^1/_4$ jähriges Kind, welches ein Zweipfennigstück verschluckt hatte; dasselbe war in dem kontrahierten Constrictor pharyngis inf. eingeklemmt.

St. fixiert den modernen Standpunkt hinsichtlich der Diagnose und Therapie der verschluckten Fremdkörper in folgenden Sätzen:

1. Das sicherste diagnostische Mittel zur Erkennung eines steckengebliebenen Fremdkörpers ist die Ösophagoskopie; unterstützend wirken die Röntgendurchleuchtung und die Sondierung mit der Divertikelsonde oder dem dicken weichen Magenschlauch.

2. Nur die Ösophagoskopie orientiert uns über die topographische Lage des Fremdkörpers, deren Kenntnis für jede Art der Extraktion von Bedeutung ist.

3. Die ösophagoskopische Untersuchung hat stets und möglichst frühzeitig zu geschehen.

4. Die schonendste und sicherste Therapie der Fremdkörper jeder Tiefe ist möglichst frühzeitige Extraktion im Ösophagoskop.

5. Jeder andere Extraktionsversuch, jede gewaltsame Sondierung, jeder Versuch, den Körper in den Magen zu stoßen, ist zu vermeiden.

6. Gelingt die Extraktion des Fremdkörpers im Ösophagoskop nicht, dann soll bei hochsitzenden Fremdkörpern die Ösophagotomie, bei tiefsitzenden die Gastrotomie ausgeführt werden.

Grätzer.

Alb. Reizenstein (Nürnberg), Die Diagnose und Extraktion von Fremdkörpern der Speiseröhre mit dem Ösophagoskop. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 9.) R. schildert 6 Fälle, bei denen das Ösophagoskop zur Anwendung gelangte, und kommt zu folgendem Resumé:

1. Die Ösophagoskopie ist das souveräne Verfahren für den Nachweis und die Extraktion von Fremdkörpern aus der normalen und pathologischen Speiseröhre.

2. Es ist von der größten Wichtigkeit, die ösophagoskopische Untersuchung möglichst frühzeitig vorzunehmen, bevor noch schwere Alterationen der Schleimhaut der Speiseröhre eingetreten sind.

Grätzer.

Marcus (Posen), Zwei Fälle von isolierter Lähmung der Musculi rhomboidei nach Operationen. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1905. No. 8.) Die Fälle betrafen eine 17 jährige Pat., der vor 6 Jahren einige Drüsen am Halse entfernt worden waren, und ein 10 jähriges Mädchen, das vor 3 Jahren die gleiche Operation durchgemacht hatte. Beide Pat. boten das Bild der isolierten Lähmung der Mm. rhomboidei: Verschiebung des Schulterblattes im ganzen nach oben und außen, so daß namentlich der untere Winkel von der Wirbelsäule abgerückt war und der innere Rand des Schulterblattes sich flügelförmig vom Thorax abhob. Es ist meist die Deformität, welche solche Pat. zum Arzt bringt, der Ausfall der Funktion ist gering.

Therapeutisch müssen gleichzeitig Elektrizität, Massage und Übungen herangezogen werden; im zweiten Falle, wo diese Behandlung lange Zeit durchgeführt werden konnte, war der gute Erfolg deutlich zu konstatieren.

Grätzer.

E. v. Graff, Zur Therapie der operativen Verletzungen des Ductus thoracicus. (Aus der I. chirurg. Universitätsklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 1.) Verf. berichtet zunächst über eine operative Verletzung des Ductus thoracicus und dann weiter über die Resultate, die eine kritische Durchsicht der

bisher über derartige Verletzungen veröffentlichten Arbeiten ergeben hat.

Jene Beobachtung betraf ein 13 jähriges Kind, dem tuberkulöse Drüsen am Halse exstirpiert wurden. Dabei wurde der Ductus thoracicus verletzt, die starke Lymphorrhöe aber sofort durch Ligatur zum Stillstand gebracht. Angesichts dieses so günstigen Erfolges der Ligatur bei Verletzung des Ductus thoracicus war Verf. überrascht, als er bei Durchsicht der Literatur fand, daß nur in einer ganz kleinen Anzahl von Fällen dieses Verfahren angewendet wurde, obwohl es fast immer von bestem Erfolge begleitet war, während die in der Regel angewendete Tamponade nur selten so erfolgreich war.

Verf. geht nun die Publikationen durch und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die bei oder nach Operationen am Halse auftretende Chylorrhöe ist immer durch eine Verletzung des Ductus thoracicus bedingt, wobei zu bemerken ist, daß dieses Ereignis nur bei Operationen an der linken Halsseite eintrat.

2. Die Chylorrhöe bedingt eine meist vorübergehende schwere Ernährungsstörung, doch kann sie bei Hinzutreten anderer Schädlichkeiten (Schwächung durch Blutverlust bei der Operation, lange dauernde Narkose) auch zum Tode führen.

3. Der einzige von sofortigem Erfolg begleitete Eingriff bei Chylorrhöe besteht in der Ligatur des Ductus thoracicus, bezw. Naht seiner Verletzung, welche entweder sofort, oder wenn dies nicht möglich ist, sekundär auszuführen ist.

4. Die Ligatur des Ductus thoracicus am Halse ist mit keinerlei schädlichen Folgen für den Gesamtorganismus verbunden.

5. Die Behandlung der Chylorrhöe durch Tamponade kommt erst in zweiter Linie in Betracht, wenn die Ligatur aus operationstechnischen oder anderen Gründen nicht ausgeführt werden kann.

Grätzer.

Cnopf (Nürnberg), Kasuistische Mitteilungen zur therapeutischen Verwendung des Sauerstoffes. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 8.) C. führt zwei Beobachtungen an, welche zeigen, daß Sauerstoffinhalationen bei dyspnoischen Zuständen recht günstig einwirken können. Im ersten Falle handelte es sich um ein $3^1/_2$ jähriges Kind mit Kehlkopfdiphtherie und Lungenentzündung, im anderen um ein $1^1/_2$ jähriges Kind, bei welchem durch nervöse Einflüsse von seiten des Atmungszentrums und Herzens schwere dyspnoische Erscheinungen entstanden. Die beiden Fälle scheinen doch darauf hinzuweisen, daß die Sauerstoffinhalationen bei asthmatischen Anfällen auf das Herz anregend und belebend einwirken, und zeigen die Notwendigkeit, für derartige Notfälle auch den Sauerstoff stets parat zu halten.

Grätzer.

A. A. Kissél, Zwei schwer diagnostizierbare Fälle von Influenza bei Kindern. (Djetskaja Medizina. 1904. No. 3.) Die Diagnose der Grippe bei Kindern ist mitunter recht schwierig dort, wo die katarrhalischen Erscheinungen in den Hintergrund gerückt

sind und die Krankheit sich hauptsächlich durch einen hoch fieberhaften Zustand äußert, aber besonders schwierig ist sie in denjenigen Fällen, welche ohne jegliche katarrhalische Erscheinungen verlaufen, wobei zu derselben Zeit in der Familie niemand an Influenza leidet oder gelitten hat. Letzterem Umstand mißt der Autor eine sehr große Bedeutung bei, da er viele Male ihm gestattet hat die Diagnose auf Grippe frühzeitig zu stellen, trotz Fehlens von charakteristischen Symptomen dieser Krankheit, wie aus den vom Verf. in der vorliegenden Abhandlung beschriebenen beiden Fällen ersichtlich ist.

A. Dworetzky (Moskau).

A. K. Morosoff, Eitrige Zerebrospinalmeningitis, bedingt durch Pfeiffersche Influenzabazillen. (Djetskaja Medizina. 1904. No. 2.) In einem Falle von Zerebrospinalmeningitis bei einem $1^1/_4$ Jahre alten Mädchen hatte die Sektion folgende anatomische Diagnose ergeben: Meningitis cereprospinalis purulenta; hydrocephalus inflammatorius; pneumonia lobularis dextra; degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum; hyperplasia follicularis lienis; otitis media purulenta bilateralis; degeneratio glandularum bronchialium caseosa. Zweimal wurde bei Lebzeiten des kranken Kindes die Lumbalpunktion ausgeführt und beide Male in der so gewonnenen trüben Flüssigkeit bakterioskopisch und kulturell der Pfeiffersche Influenzabazillus gefunden. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Exsudates aus dem entzündeten Bezirk der rechten Lunge, sowie des Eiters aus den Ohren wurde derselbe Mikroorganismus konstatiert. In der russischen Literatur ist dies der erste Fall von echter Influenzameningitis, in der Gesamtliteratur der zehnte. Was die Diagnose dieser Meningitisform betrifft, so ist einzig und allein das Ergebnis der Lumbalpunktion ausschlaggebend, welche auch die einzige mehr oder weniger sichere Behandlungsmethode darstellt.

A. Dworetzky (Moskau).

Emilia Bertini, Zwei Fälle von Meningitis cerebrospinalis durch Pfeifferschen Bazillus. (Rivista di Clinica Pediatrica. IX. 1904.) Im ersten Falle handelt es sich um eine Reininfektion mit dem Bazillus Pfeiffer. Die Keime stammten aus einem bronchopneumonischen Herd und waren von dort in den Zerebromeningealraum gedrungen. Im zweiten Fall bestand eine Mischinfektion mit dem Pfeifferschen Bazillus und dem Fränkelschen Diplokokkus; in diesem war es nicht festzustellen, ob die Meningen primär erkrankt waren und sich von dort aus erst die Erscheinungen an den Lungen herausgebildet hatten. Beide Fälle verliefen schnell tödlich, die Lumbalpunktion brachte keinen Nutzen. F.

Durando Durante, Über die Bakteriologie der Bronchitiden und Bronchopneumonien im Kindesalter. (La Pediatria. September 1904.) Das Beobachtungsmaterial des Verf.s bestand aus 10 Fällen von Bronchitis und 10 Fällen von Bronchopneumonie. Nach sorgfältiger Desinfektion der Thoraxwand hat Verf. in diesen Fällen mit einer Nadel die Lunge an den erkrankten Partien punktiert, etwas Pulmonalsaft aspiriert und diesen dann mittels des Kultur-

verfahrens untersucht. Das Resultat war bei den 10 Bronchitiden 5mal negativ, einmal fand sich allein der Staphylokokkus, einmal Mikrokokken; bei den 10 Bronchopneumonien war das Ergebnis 9mal positiv und zwar fand sich 7mal der Staphylokokkus, darunter 3mal rein, einmal mit dem Pneumokokkus, einmal mit dem Streptokokkus, 2mal mit Mikrokokken zusammen. F.

E. Edens, Über atelektatische Bronchiektasie. (Deutsches Arch. f. klin. Medic. 1904. Bd. 81. Heft 3 u. 4.) E. beschreibt einen sehr interessanten Fall, bei welchem die Sektion eine atelektatische Bronchiektasie infolge Verharren eines Lungenteiles im fötalen Zustande ergab.

Der 22jährige Mann machte mit 2 Jahren eine Bronchopneumonie durch, an welche sich eine chronische Bronchitis anschloß. Er soll dann immer etwas blau gewesen sein. Außer Husten, Auswurf und Atemnot hat er nie besondere Beschwerden gehabt.

Bei der Untersuchung wurde starke Dyspnoe und Zyanose konstatiert. Odeme der Beine. Zyanotische Trommelschlägerfinger. Das Herz war stark nach links verbreitert. Bei der Sektion fanden sich in der lingula, am medialen Rande des rechten Oberlappen, im rechten Mittellappen und rechten Unterlappen zahlreiche zum Teil walnußgroße Bronchiektasien. Der linke sehr kleine Unterlappen besteht aus stark erweiterten Bronchien, die in eine völlig luftleere braunrote Grundsubstanz eingebettet sind. Die Konsistenz ist ziemlich zäh und derb. Im Gewebe kein Pigment.

E. glaubt, daß die Atelektase von Geburt an bestanden hat, da alle Residuen einer Entzündung oder einer alten Bronchostenose fehlten.

An der Hand dieses Falles und der wenigen aus der Literatur bekannten Fälle erörtert E. eine Reihe interessanter ätiologischer, physiologischer und anatomischer Fragen.

Die klinische Diagnose wurde nur in seltenen Fällen intra vitam gestellt; als Anhaltspunkt dient eine konstante Dämpfung mit Bronchialatmen bei fieberlosem Verlauf ohne auffälligen Kräfteverfall, Verschwinden der Dämpfung bei Lagewechsel, Herzverlagerung, verstärkter zweiter Pulmonalton, Thoraxdifformitäten, Röntgenaufnahme; allerdings ist keines dieser Symptome sicher; auch die Anamnese kann im Stiche lassen. Starck (Heidelberg).

Kàroly Novàk, Behandlung der Bronchitiden und Pneumonien bei Kindern. (Gyògyàszat. 1905. No. 2.) Ferrum aceticum solutum leistete N. Hervorragendes in der Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane. Ernst Deutsch (Budapest).

O. Heubner, Über die Behandlung der Kapillärbronchitis mit Senfwassereinwicklungen. (Die Therapie der Gegenwart. Januar 1905.) Diese Methode, die jungen Kindern bis zum dritten Lebensjahre so häufig ernste Gefahr und tödlichen Ausgang bringende, ausgebreitete Bronchiolitis zu bekämpfen, wendet H. schon seit mehreren Jahrzehnten an. Es handelt sich um jene akut einsetzenden und binnen einen oder wenigen Tagen zu schwerer Erstickungsgefahr

führenden Fälle von ausgebreitetem schleimig-eitrigen Katarrh der feinsten Bronchien, wie sie besonders häufig im Verlaufe von Masern und Keuchhusten, doch auch ohne nachweisbare spezifische Infektion auftreten und besonders gern schwächliche Kinder mit rachitischem Thorax befallen. Solche kleine Pat. liegen matt da, die Augen meist halb geschlossen mit totenbleichem Gesicht, eine Prostration, zu der die wilde Agitation der Atmungsmuskulatur in einem scharfen Kontrast steht. Die Atemfrequenz erreicht die höchsten Zahlen, 70 bis 80 Züge sind ganz gewöhnlich. Der Puls ist klein und sehr frequent, das Fieber verschieden hoch. Ein reichliches, feines, über Hinter- und Seitenfläche des Brustkorbes weit verbreitetes Rasseln kündet an, daß der größte Teil des Bronchialraumes mit zähen Schleimeitermassen erfüllt ist.

In diesem gefahrdrohenden Zustande setzt die Behandlung ein, die in folgender Reihe von Prozeduren besteht. In einer offenen Schüssel mit etwa $1^1/_2$ l Wasser von 40° C. verrührt man $^1/_2$ kg oder mehr frisches Senfmehl so lange, bis das flüchtige Öl von der Oberfläche des dünnen Breies aufsteigt und Augen und Nase reizt; es dauert das etwa 10 Minuten. Nun wird ein leinenes Tuch, von dem man vorher durch Ausbreiten sich überzeugt hat, daß es zur völligen Einwicklung des kranken Kindes genügend groß ist, in die Flüssigkeit eingetaucht, völlig von derselben imprägniert, ausgerungen und auf einer entsprechend großen wollenen Decke ausgebreitet. Jetzt wird das entkleidete Kind so auf das Senftuch gelegt, daß dessen oberer Rand bis zum Halse reicht. Nun rasche Einwicklung in beide Decken, die am Halse und an den Füßen fest geschlossen werden, so daß das Kind in einer von Senföl geschwängerten Atmosphäre steckt, ohne aber diese einatmen zu müssen. Man läßt diesen Wickel 10—15, ja 20 Minuten (je nach Kräftezustand und Reaktion) liegen. Nach einiger Zeit bemerkt man, wie das Kind anfängt unruhig zu werden, ein Ausdruck der Empfindung des Reizes der Haut. Dieser zeigt sich an der krebsroten Farbe des ganzen Körpers, wenn das Kind herausgenommen wird. Rasch wird es jetzt in ein warmes Bad gebracht oder warm abgewaschen, und dann kommt es in einen anderen Wickel mit gewöhnlichem lauem Wasser, in dem es 1—$1^1/_2$—2 Stunden verbleibt, damit die Hauthyperämie möglichst lange erhalten bleibt; wenn das Kind dabei am Kopfe sehr rot wird oder intensiv schwitzt, kommt es sofort heraus. Es kommt in ein zweites warmes Bad, wird, falls es sehr heiß ist, kurz mit kühlem Wasser übergossen. Dann wird es trocken gelegt und den übrigen Tag vollständig in Ruhe gelassen.

Die Prozeduren sind etwas langwierig, aber oft erfolgreicher, als irgendwelche anderen, und überall anwendbar. Manchmal findet man am nächsten Tage die feinen Rasselgeräusche völlig verschwunden, die Atmung frei, die Respirationszahl um 20—30 und mehr heruntergegangen. Das Befinden bedeutend besser, und es erfolgt rascher Übergang in die Rekonvaleszenz. Häufiger freilich ist am zweiten oder dritten Tage oder später eine Wiederholung des Verfahrens nötig (aber höchstens einmal in 24 Stunden ist dasselbe auszuführen!) und bisweilen versagt es auch.

Grätzer.

Menetrier, Pneumococcie pseudo-membraneuse broncho-pulmonaire chez un enfant de deux aus. (Annales de Méd. et Chir. infant. 1905. S. 37.) Der von M. beobachtete 26 Monate alte Knabe hatte bereits früher länger dauernde Bronchitiden überstanden und litt jetzt wieder seit zirka einer Woche an Husten. Nach einem heftigen, mit Erstickungserscheinungen verbundenem Hustenanfall warf er plötzlich die bekannten Fibrinabgüsse aus. Die Untersuchung der Lungen ergab eine Infiltration der linken Spitze. Anfangs scheint Fieber bestanden zu haben. Der Auswurf solcher Abgüsse wiederholte sich fast täglich, im ganzen etwa 4 Wochen lang, und dann ging die Bronchitis allmählich in Heilung über. Die bakteriologische Untersuchung der Gerinnsel ergab Pneumokokken. Die Abgüsse bestanden aus Fibrinfäden und -lamellen, zwischen denen Leukozyten und Epithelien der feinsten Bronchialverzweigungen lagen. Es muß somit der Sitz der Erkrankung in den feinsten Bronchialverzweigungen sein.

Schreiber (Göttingen).

Th. Zangger (Zürich), Beitrag zur Therapie der infantilen Bronchopneumonie. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1905. No. 1.) Die Mortalität bei den Kindern an Pneumonie ist eine sehr hohe. Sie könnte bedeutend verringert werden durch zweckmäßige hydrotherapeutische Maßnahmen. Z. hat in allen Fällen von infantiler Bronchopneumonie von 1902 bis Mitte 1904 ein und dieselbe Behandlung angewandt: das von 30—28° C. auf 24° C. abgekühlte Halbbad (mit Friktionen) in der Dauer von 4—7 Minuten, bis zur definitiven Entfieberung, und hat damit sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. Sämtliche 10 Pat. (im Alter von 3 Monaten bis 11 Jahren, aus verschiedenen sozialen Kreisen) wurden nach 1—7 Halbbädern (in 24 Stunden zwei verabfolgt) in 1—4 Tagen fieberfrei.

Man muß mit diesen Halbbädern möglichst frühzeitig beginnen, selbst wenn die Diagnose nicht ganz sichergestellt ist. Die Halbbäder sind auch prophylaktisch sehr wirksam, und Z.s Erfahrungen in mehreren hundert Fällen von Masern und Keuchhusten lehren, daß, wenn man diese Krankheiten zweckmäßig hydiatrisch behandelt, sehr wenige Pat. an Pneumonie erkranken und daher die Mortalität ganz gering ist.

Heroische Prozeduren, wie sie Jürgenssen anwandte, von 26 bis auf 8° C., oder Buxbaum 22 auf 18° C., werden wohl nur in schweren Fällen nötig sein, können aber in den Händen eines erfahrenen Hydrotherapeuten natürlich vortrefflich wirken.

Die Technik von Halbbädern mit Kreuzbinden ist eine einfache. Das Kind wird in einem warmen Raume (18—20° C.) in eine Badewanne mit nur soviel Wasser gelegt, daß das Wasser die Brust nicht ganz bedeckt, dann während der Dauer des Bades frottiert. Nach 2 Minuten langsamer Zuguß von kaltem Wasser bis zur gewünschten Abkühlung des Badewassers. Das Kind wird mit warmem Tuche frottiert und zu Bett gelegt. Diese Bäder gibt man morgens und abends. Die Kreuzbinden werden 1—2—3mal täglich 1—2 Stunden appliziert. Die in Wasser von 15—8° C. getauchte und je nach dem gewünschten Effekt (größere oder kleinere Wärmeentziehung) wenig

oder viel ausgedrückte Leinwandbinde wird in 3 Touren appliziert: Von der rechten Achselhöhle über die rechte Schulter den Rücken hinunter zur rechten Achselhöhle, über die Brust zur linken Achselhöhle und zurück über den Rücken und die linke Schulter zur linken Achselhöhle, dann noch eine Tour um die Brust. Uber diese nasse Binde, welche je nach dem Alter des Kindes 3—10 cm breit und 1—2 m lang ist, kommt eine um 1—2 cm breitere trockene Flanellbinde.

Die Halbbäder wirken blutdruckerhöhend und damit herzstärkend, auch durch Entlastung des zentralen Kreislaufs zugunsten des peripheren, befördern die Expektoration, wirken als Analeptikum sowohl auf die Herznerven, wie auch auf die vasomotorischen Zentren; die Exkretion nimmt zu, der Stuhlgang wird beschleunigt, die Diurese steigt. Wir besitzen kein medikamentöses Mittel, das auf schadlose Weise diesen mannigfachen Indikationen gerecht wird.

Es ist gut, wenn die ersten Bäder unter Aufsicht des Arztes gegeben werden. Vorher und nachher bekommt das Kind etwas Milch, eventuell mit Schwarztee.

Grätzer.

R. Klein (Berlin), Kasuistischer Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Dr. Aronsonschen Antistreptokokkenserums. (Berlin. klin. Wochenschrift. 1905. No. 3.) Es handelt sich um einen 8jährigen Knaben, bei dem im Verlaufe einer akuten Pleuropneumonie Symptome auftraten, die den Gedanken an einen septischen Charakter der Erkrankung nahe legten.

Am 16. Juni erkrankte das Kind an Pneumonie, der sich Pleuritis hinzugesellte. Probepunktion zeigte trübseröses Exsudat, das mikroskopisch und bakteriologisch nichts Belangreiches ergab. Der Fall unterschied sich auch sonst nicht von einer gewöhnlichen Pleuropeumonie, bis am 21. Juni unter profusen, aashaft stinkenden, dünnflüssigen, nußfarbenen Stühlen, die Pat. unter sich ließ, und deren Häufigkeit kaum zu zählen war, mit gleichzeitiger Entwicklung eines starken Meteorismus, eine so schwere Veränderung des Allgemeinbefindens eintrat, daß man das Bild einer septischen Infektion vor sich zu haben glaubte. Das Sensorium trübte sich, der Puls wurde klein und sehr frequent, setzte häufig ganz aus; die Zunge wurde total trocken; die Lippen belegten sich mit dicken Borken; das Hautkolorit bekam einen gelblichen Ton; die Gesichtszüge verfielen in bedenklicher Weise; Temp. 40,7°. Injektion von 30 g Antistreptokokkenserum am Abend des 21. Juni.

Schon am nächsten Morgen sichtliche Besserung, und am nächsten Tage Verschwinden aller bedrohlicher Erscheinungen, einfacher Fortgang der Pleuropneumonie.

Der günstige Umschwung fiel hier nicht mit einer Krise zusammen, die Lungenentzündung bestand vielmehr noch fast 4 Wochen länger fort; er begann mit der Serumbehandlung, welche zunächst in auffallender Weise das Allgemeinbefinden beeinflußte.

Grätzer.

Hecht (Beuthen O/S.), Zur endermatischen Anwendung des Guajakols. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 9.) H. wendet seit 9 Jahren in der Kinderpraxis Guajakol besonders bei Pleuritis exsudativa serosa mit bestem Erfolge an und hat nie dabei Unangenehmes erlebt. Er verordnet folgende Salbe:

Rp. Guajacol.
Acid. salicyl.
Ichthyol. āā 5,0
Vasogen. spiss. ad 50,0.

Oft schon nach 24stündiger Anwendung dieser Salbe schwindet das Fieber und die Pleuritis heilt auffallend schnell. H. führt als Exempel zwei neuerdings so behandelte Fälle (Kinder von $1^3/_4$ Jahre bezw. 8 Monaten) an.

Grätzer.

John L. Mrose, Analysis of 118 cases of lobar Pneumonia in Infancy. (Archives of Pediatrics. September 1904.) Eine Reihe von 118 Fällen von kruppöser Pneumonie im frühen Kindesalter. Es scheint dem Verf., als ob diese Form gar nicht so selten bei Säuglingen vorkäme, wie man bisher behauptet hat. Auch war der Anfang weniger stürmisch als man gewöhnlich glaubt. Erbrechen ging oft voraus, Konvulsionen selten. Fieber, Husten und Schläfrigkeit waren die häufigsten Initialsymptome. Spielen der Nasenflügel war nicht konstant. Meist war ein ganzer Lungenlappen befallen, am häufigsten der linke Unterlappen. Das Fieber dauerte ca. 8 Tage. Im ersten Lebensjahr war der Verlauf oft kürzer als im zweiten (alle Fälle betreffen Kinder unter 2 Jahren). Kritischer Abfall seltener im ersten Jahr. Das Fieber schwankte zwischen 103°—106° F.

Die Sterblichkeit betrug 23 %.

Die Prognose scheint vom Alter des Kindes direkt abzuhängen, wenigstens in dieser Reihe von Fällen starben einjährige nahezu 2mal so oft wie Kinder im zweiten Lebensjahr.

Leo Jacobi (New York).

E. v. Graff, Angeborene Hyperplasie der einen Lunge bei gleichzeitiger rudimentärer Bildung der anderen. (Aus dem k. k. pathologisch-anatom. Institut in Graz.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 13.) Diesen außerordentlich seltenen Befund bot die Leiche eines $2^1/_2$ Tage alten, nicht vollständig ausgetragenen männlichen Kindes, das auch eine Atresia ani scrotalis aufwies. Man hatte es mit einer betreffs des Gewebes bis über den sechsten Fötalmonat ausgebildeten, betreffs ihres Wachstums aber stark zurückgebliebenen, also rudimentären rechten Lunge zu tun, die an dem Orte ihrer Anlage, nämlich im Retromediastinum verblieben war und zur Bildung eines Pleuraüberzuges bezw. Pleurasackes nicht geführt hatte. Im ganzen wurden folgende Befunde erhoben:

1. Abnorm große linke Lunge mit Verlagerung ihrer beiden Lappen, die als vorderer und hinterer unterschieden werden müssen, und nicht nur den linken Thoraxraum vollständig ausfüllen, sondern auch noch über die Mittellinie nach rechts reichen.

2. Verlagerung des Herzbeutels mit dem Herzen und der Thymus in die rechte Thoraxhöhle.

3. Symmetrisch gebildeter Thorax mit Verkleinerung seiner Höhle in senkrechter Richtung durch beiderseitigen Zwerchfellhochstand.

4. Rudimentäre Größenausbildung der rechten Lunge, die von einer sehr kleinen Arterie versorgt wird, einen engen Bronchus besitzt und am Orte ihrer Anlage verblieben ist, ohne mit der Pleura in Beziehung zu treten.

5. Rudimentärer rechter Pleuraraum, der leer ist.

Unter Berücksichtigung aller Verhältnisse gelangt v. G. zu der

Ansicht, daß die Hypoplasie der rechten Lunge sekundär zustande gekommen ist, als das Primäre aber die Exzeßbildung der linken Lunge in der bisher noch nicht beschriebenen Form einer angeborenen Hyperplasie betrachtet werden muß. Grätzer.

Mario Vianello Cacchiole, Beitrag zur Semiologie der erworbenen Endokarditiden im Kindesalter. (Rivista di Clinica Pediatrica. Fasc. VIII. 1904.) Von den 67 Fällen, die Verf. hat auffinden können, entwickelte sich in fünf die Herzaffektion in der Klinik und zwar bei drei während eines akuten Rheumatismus. Verf. stimmt mit den meisten Autoren darin überein, daß das erste Symptom in einem blasenden Geräusch über der Spitze besteht. In der Mehrzahl der Fälle besteht ein Verhältnis zwischen der Größe der Herzerweiterung und der Intensität des Geräusches. Im allgemeinen sind die Geräusche bei den erworbenen Herzfehlern des Kindesalters mehr lokalisiert und besser zu begrenzen, als dies bei den angeborenen der Fall ist. Die Symptomatologie besteht in: Vergrößerung der Herzdämpfung, Verlagerung der Spitze nach links und unten, nicht konstanter Fremitus, Pulsationen an den Karotiden, intensives und rauhes Geräusch über der Aorta. Verf. gibt dann eine ausführliche Beschreibung des klinischen Verlaufes. In einem Fall hat Verf. eine Heilung konstatieren können. Es handelte sich um ein 9 jähriges Mädchen, das eine rechtsseitige Hemichorea hatte und mit einem intensiven Herzgeräusch an der Spitze und akzentuierten II. Pulmonalton die Klinik verließ, dann noch einen Monat mit linksseitiger Chorea aber ohne jede Anzeichen einer Herzerkrankung wieder die Klinik aufsuchte. F.

F. Huber, Gonorrhoeal Pericarditis. (Archives of Pediatrics. Dec. 1904.) Ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen erkrankte mit Erscheinungen von Rheumatismus im Fußgelenk. Am dritten Tage traten deutliche Zeichen von Perikarditis auf. Energisch eingeleitete antirheumatische Behandlung blieb erfolglos.

Nun wurde aber ein Ausfluß aus der Vagina bemerkbar und es fanden sich Gonokokken in demselben, wodurch die Natur des Leidens eine richtige Deutung bekam.

Das Kind genas nach einigen Wochen vollständig.

Leo Jacobi (New York).

Giovanni Fretti, Über die Beteiligung des Herzens bei der Chorea. (La Pediatria. VIII. 1904.) Verf. ist mit seinem Chef Tedeschi der Ansicht, daß man nicht von einer eigentlichen Chorea des Herzens in dem Sinne sprechen könne, daß der Herzmuskel als solcher an dem choreatischen Prozeß direkt beteiligt sei, sondern daß die Herzerscheinungen bei Choreatischen einen von dem Krankheitsprozeß unabhängigen und sekundären Ursprung haben. Verf. hat bei vier von den sechs seiner Beobachtung unterliegenden Fällen von Chorea eine auffallende Veränderlichkeit des Umfangs der Herzzone in allen ihren Durchmessern konstatieren können. Ferner hat Verf. die von Tedeschi zuerst beobachtete Erscheinung bestätigen können, daß nämlich häufig der Herzstoß nicht an der Stelle sich zeigt, wo

nach der Perkussion die Herzspitze liegt, sondern mehr nach innen davon. Beide Erscheinungen finden sich aber auch physiologisch bei Herzen ganz junger Kinder und Verf. glaubt, daß durch die bei der Chorea vorhandenen Muskelerregbarkeit, ferner die Hämoaktivität und die Anämie diese Erscheinungen eine Steigerung erfahren. F.

Goldzieher, Fall von Iridocyclitis haemorrhagica mit kongenitalem Herzfehler bei 9jährigem Mädchen. (Centralblatt für Augenheilkunde. September 1904.) Befund. Rechtes Auge: Cyanosis retinae, sonst normal. Linkes Auge: Geringe Ciliar- und höchstgradige Konjunktivalinjektion. Die blaue Iris, bräunlichrot verfärbt, hatte viele frische Blutpunkte, Pupillenreaktion aufgehoben, keine Synechien. Kein Einblick möglich. Erhöhte Tension. Infolge erneuter Blutung im Innern des Auges wurde die Tension so stark, daß die Sklera in der oberen Äquatorialgegend zerriß. Phthisis bulbi. Pat. hatte häufiges Nasenbluten, bedeutende Milzschwellung, Hypergloburie und eine auf dem Fluoreszensschirm wahrgenommene Herzaffektion. Bei dorsoventraler Beleuchtung zeigte sich nämlich am linken oberen Herzschatten eine rhythmische energische Pulsation, noch stärker als die Herzspitze, was entweder auf Foramen ovale oder Septum atriorum schließen ließ. Hartung (München).

Guido Beccherle, Untersuchungen über die Grenzen der Herzdämpfung beim Kinde. (La Pediatria. September 1904.) Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die Perkussion beim Kinde mit der größten Delikatesse ausgeführt werden muß; man muß sich dabei mehr auf das Tastgefühl als auf das Gehör verlassen. Beim sehr kleinen Kinde ist das Herz sehr hoch (im II. Interkostalraum) und fast horizontal gelegen, die Spitze liegt ungefähr 1—2 cm außerhalb der Hemiklavikularlinien; mit fortschreitendem Alter rückt das Herz nach unten (III. Interkostalraum) und nimmt eine fast vertikale Richtung ein, im siebenten Lebensjahr entspricht die Herzspitze der Mamilla, in der Folge rückt sie mehr nach unten und innen von dieser.

Das Herz wächst von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr rapide, dann bis zum neunten bis zehnten Jahre langsamer und zu dieser Zeit erfolgt eine zweite rapide Zunahme. Die absolute Herzdämpfung ist beim Kinde immer relativ größer als beim Erwachsenen. Verf. rät, in jedem Fall auch die relative Herzdämpfung zu eruieren, da nur aus der Vergleichung beider sich sichere Schlüsse auf den Zustand des Herzens ziehen lassen. Die Steffensche Methode der Perkussion hält Verf. für zu kompliziert, er bedient sich einer von seinem Chef Tedeschi angegebenen Untersuchungsmethode, die darin besteht, daß man als fixen Punkt einen Punkt aufsucht, der oft der größten Herzdämpfung entspricht, nämlich im III. Interkostalraum 1 cm außerhalb des linken Sternalrandes, von diesem Punkte perkutiert man nach oben und unten längs einer dem Stamm parallelen Linie, dann von demselben Punkte aus in transversaler Richtung, ebenso in schräger Richtung; verbindet man die vier letzten Endpunkte miteinander, so erhält man ein Viereck, das, wie Verf.

durch Untersuchungen am Kadaver festgestellt hat, der Herzgröße entspricht. F.

Ottilio Devoto, Die Häufigkeit der Verdopplung des II. Herztones bei Kindern. (Rivista di Clinica Pediatrica. IX. 1904.) Verf. hat die Verdopplung des II. Herztones sehr häufig gefunden. Eine Einteilung in pathologische und physiologische Verdopplung erkennt er nicht an; denn auch erstere könne vorübergehend und an die Atmung gebunden sein und letztere könne konstant und von der Atmung unabhängig sein. Es handelt sich vielmehr nur um einen graduellen Unterschied. Auffallend häufig fällt die Verdopplung mit Veränderungen im Charakter des Pulses, besonders seines Rhythmus und seiner Frequenz, zusammen. Die günstigste Bedingung für sein Zustandekommen ist eine Verminderung in der Frequenz der Herzschläge. Am ausgesprochensten ist die Verdopplung bei Mitralfehlern und bei Verwachsung des Perikards; auch ist sie sehr hartnäckig bei Chorea, bei Diphtherie und Scharlach mit Nierenkomplikation. Bei chronisch verlaufender Tuberkulose ist sie ziemlich häufig; häufiger im Beginn der Rekonvaleszenz der akuten Infektionskrankheiten, als während dieser Erkrankungen selber. F.

Emilio Malesani, Über die Auskultation über der Herzspitze bei eventuellen Verlagerungen des Spitzenstoßes. (La Pediatria. VIII. 1904.) Verf. hat Untersuchungen darüber angestellt, ob, gleich wie der sicht- oder fühlbare Spitzenstoß, nicht immer der Lage der Herzspitze entspricht, auch eventuell die Auskultationszone sich verrückt. Unter 14 Fällen der verschiedensten Erkrankungen war bei zwölf zu konstatieren, daß der Iktus nicht der Herzspitze entsprach und daß in diesen Fällen die Töne an der Stelle des Iktus und nicht über der Spitze zu hören waren. Verf. glaubt, daß die Verlagerung des Spitzenstoßes eine physiologische Tatsache darstellt, und daß bei der Chorea es sich nur um eine Übertreibung desselben handelt. Die Töne werden dort am besten gehört, wo die sich kontrahierende Ventrikelwand die Brustwand berührt, d. h. entsprechend seiner mehr nach rechts gelegenen Stelle der Wand des linken Ventrikels. F.

Straßburger, Verfahren zur Messung des diastolischen Blutdruckes und seine Bedeutung für die Klinik. (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 54. Heft 5 u. 6.) Unter Benutzung des Sphygmanometers von Riva-Rocci läßt sich am gesunden und kranken Menschen die Höhe des diastolischen Blutdruckes messen. Man findet sie, wenn man den Druck im Manometer allmählich erhöht, den Radialpuls mit dem Finger palpiert und beobachtet, wann die Amplitude des vorher maximal gewesenen Pulses anfängt kleiner zu werden. Die Vergleichung der Höhe des diastolischen mit der des systolischen Druckes gibt uns Aufschluß über das wechselseitige Verhältnis von Herzleistung und Gefäßspannung. Freyhan (Berlin).

Rich. Birnbaum (Göttingen), Beiträge zur Frage der Entstehung und Bedeutung der Leukozytose. (Arch. f. Gyn.

1904. LXXIV, 1. S. 206.) Die Anregung zur Arbeit ging von Curschmanns Untersuchungen aus, welcher geneigt ist, der Leukocytose größere Bedeutung hinsichtlich Indikation und Prognose bei der Perityphlitis beizumessen.

Einteilung der farblosen Blutelemente nach Ehrlich.

1. Lymphocyten 25—30 % aller weißen Blutkörperchen, sollen in Milz und Lymphdrüsen entstehen, nicht größer, wie die roten Blutkörperchen, großer Stern, schmaler Plasmasaum.

2. Große mononukleäre Formen, großer runder oder ovaler Stern, großer breiter Protoplasmasaum; kommen auch im Knochenmark vor, daher „Myelocyten", im Blute aber nur in 1 %, Kern nur schwach färbbar, Kernteilungsfiguren und Übergänge zur wichtigsten nächsten Form der

3. Polynukleären, besser polymorphen Formen, mit vielfach gelapptem, aber erst durch Essigsäure zerfallendem Kern, welcher durch Anilinfarbstoffe, intensiv gefärbt wird, während der Protoplasmaleib nur durch kombinierte, neutrale Farbstoffe schwach violett-rot — wie Lakmuspapier bei neutraler Reaktion — daher „neutrophil" gefärbt werden kann, während weder saure noch basische Farbstoffe ihn zu färben vermögen. 70 % in normalem Blut.

4. Eosinophile (durch Eosin stark färbbare Leukocyten) 2—4 %.

5. Mastzellen 0,5 %, mit großem basophilen d. h. durch basische Farbstoffe färbbarem Kern. Menge der Leukocyten in der Norm: nach fast allen Beobachtern zwischen 5000—10000 im Kubikmillimeter Blut. Rieder fand 7680.

Bei gesunden Erwachsenen bedeutet eine Zahl höher als 10000 im Kubikmillimeter eine Leukocytose. Säuglinge haben höhere Werte (13500 Carstenjen) ebenso Schwangere. Außerdem gibt es eine regelmäßige Verdauungsleukocytose.

Die Schwangerschaftsleukocytose erreicht ihren Höhepunkt (bis 20000) mit der Geburt, ebenso die der Fötus oder Neugeborenen (19000). Alle Beobachter, auch Arneth (s. unten), stimmen darin überein, daß in der Schwangerschaft die Verdauungsleukocytose fehlen und daß die Schwangerschaft mit ihren Umwälzungen die Verdauungsleukocytose verdecke, also nicht zur Erscheinung kommen lasse. Verf. stellt aber fest, daß nur nach eiweißreicher Kost die Verdauungsleukocytose auftritt. In den Anstalten wird zur Ernährung ausreichende aber eiweißarme Kost gereicht. Verf. verabreichte einer Anzahl Schwangerer der Anstalt eiweißreiche Kost und konstatierte in der Schwangerschaft Verdauungsleukocytose bis zu 60000 im Kubikmillimeter Blut und zwar echte neutrophile Leukocytose (Vermehrung der neutrophilen Leukocyten auf Kosten der Lymphocyten).

Leukocytose tritt auch ein auf Kampherinjektionen, Chloroformnarkose, Darreichung von Kalomel, Sublimat, Krotonöl und Podophyllin, ebenso auf Antifebrin, Antipyrin (und Jod — Ref.), ebenso nach Vesikatorien, nach Faradisation, Massage, bei Brandwunden.

Ort der Blutentnahme die Fingerspitze, Verletzung wurde gemacht mit frisch ausgeglühter Stahlfeder. Verdünnt wurde mit Essigsäure 1 %, fixiert mit Äther und Alkohol und 2 Stunden lang gefärbt mit Ehrlichs Triacidfärbung, gezählt in Thoma-Zeiss'-Zählkammer.

Verf. fand ebenfalls an Gesunden am Vormittag 7776 Leukocyten im Mittel in 1 cmm Blut.

Verf. bestätigte die Schwangerschaftsleukocytose und fand im Mittel bei Mehrgeschwängerten 8480, bei Erstgeschwängerten 10500.

Längere Zeit nach Ablauf des Wochenbetts fand er erheblichen Abfall, z. B. von 11875 auf 6582, 10625—8750; 15000—9687 usf., namentlich bei Erstgeschwängerten. In der Geburt stiegen sie aber bis zu 35000.

Im Wochenbett trat öfters Austreiben der neutrophilen Leukocytose ein, aber nur in Fällen, wo heftige Nachwehen vorhanden waren. Verf. ist daher geneigt, diese Steigerungen der Leukocytenzahlen als Arbeitsleukocytose zu deuten, ebenso wie die Eklampsieleukocytose und verwehrt sich dagegen, daß in letzterem Falle die Leukocytose zugunsten einer Infektionstheorie verwertet werde.

In vier darauf untersuchten Fällen fand Verf. auch eine geringgradige Menstruationsleukocytose. Die ganz konstante Neugeborenenleukocytose (durchschnittlich 20000) mit raschem Abfall und Wiederansteigen am 5.—6. Tage ist Verf. geneigt, ebenfalls als Arbeitsleukocytose (wie sie nach körperlichen Anstrengungen beim Erwachsenen stets beobachtet wird) zu bezeichnen, hervorgerufen durch die ungewohnte Tätigkeit der Atemmuskeln, das Sichangewöhnen an neue Verhältnisse usw., nicht aber durch die physiologische Autotransfusion bei der Geburt, wo der Neugeborene, spät abgenabelt, noch durch die Nachwehen das Blut aus der Placenta eingepreßt erhalten sollte (Cohnstein u. Zuntz). Denn es machte keinen Unterschied im Leukocytengehalt aus, ob früh oder spät abgenabelt wurde. Die posthämorrhagische, postcoeliotomische Leukocytose konnte Verf. bestätigen. Ebenso ist das Fehlen einer Leukocytose bei gutartigen Geschwülsten wiederholt mit Erfolg differentialdiagnostisch vom Verf. verwendet worden, wenn es sich um Tumor ovarii oder Pyosalpinx handelte. Maligne Tumoren erregen nur bei Zerfall eine Leukocytose. Mit Dätzmann, Pankow konnte Verf. wiederholt erhebliche Steigerung der Leukocytenzahl (bis 15000) bei Stieltorsion und Ovarialtumoren erzielen.

Die Theorie Virchows, nach welcher die Leukocytose durch Reizung der Lymphdrüsen entstehen soll und bei posthämorrhagischer Leukocytose ein Einspülen aus dem Lymphgefäßsystem dadurch, daß das verloren gegangene Blut der Menge nach aus dem Duct. thoracicus aus dem Lymphgefäßsystem erzeugt wird, hält Verf. mit allen Beobachtern widerlegt durch die Beschaffenheit der Leukocytose. Die neutrophilen Leukocyten sind vermehrt auf Kosten der Lymphocyten. Letztere stammen aus den Lymphdrüsen, erstere aus dem Knochenmark. Nach Verf.s Ansicht stammen diese Neutrophilen aus dem Knochenmark. Der Reiz des Traumas, die Aufnahme zerfallender Gewebspartikel usw. bewirken durch chemotaktischen oder nervösen Reiz allein schon das Übertreten der Neutrophilen aus dem Knochenmark in das Blut.

Hinsichtlich der praktisch wichtigsten Leukocytose, der entzündlichen, kommt Verf. auf Grund vielfacher praktischer Erfahrungen und zahlreicher Blutuntersuchungen zu dem Schlusse, daß normale

oder fast normale Leukocytenzahlen das Vorhandensein einer Eiterung mit Sicherheit nicht ausschließen. Auch Grawitz, einer der erfahrensten Hämatologen, hat, im Gegensatz zu Curschmann, Fälle beobachtet, welche ohne Leukocyten verliefen und doch fand sich bei der Operation Gangrän und starke Abszeßbildung am Wurmfortsatz. Das Gleiche hat Verf. bei puerperalen Eiterungen, bei Pyosalpinx usw. gefunden, daß im akuten Stadium, wenn die neutrophile Leukocytose erst über 20000 stieg, die Eiterung nicht fehlte.

Bei Tuberkulose und Gonorrhöe fehlte die Leukocytose jedoch meistenteils.

Verf. schließt sich daher Waldstein und Fellner an mit den Sätzen:

1. Eiterhaltige Adnextumoren gehen im akuten Stadium mit Leukocytose einher.

2. Die Leukocytose hält zwar länger an, als das Fieber, schwindet aber dennoch trotz Fortbestehens des Eitersackes.

3. Adnextumoren, welche keinen Eiter enthalten, weisen auch keine Leukocytose auf.

Verf. muß sich noch vorsichtiger ausdrücken: „Hohe Leukocytenzahlen sprechen bei Ausschluß anderer Leukocytose erregender Faktoren selbst bei normaler Temperatur für einen Eiterherd. Niedrige Zahlenwerte sprechen nicht mit Sicherheit gegen einen Eiterherd.“

Corpuscarcinom bei hoher Leukocytose gestattete die nachher bestätigte Diagnose eine gleichzeitige Pyometra. Ein kalter Tumor (ohne Fieber und Entzündung) bei Abwesenheit der Leukocytose, läßt allenfalls Eiterung ausschließen.

Dennoch rät Verf. zur Vorsicht. „Man muß sich der Unsicherheit der Leukocytose bei der praktischen Diagnostik wohl bewußt sein.“

Ziegenspeck (München).

J. Arneth (Würzburg), Die Leukocytose in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt, und die Leukocytose der Neugeborenen. (Arch. f. Gyn. LXXIV, 1. S. 145.) Verf. hat an der Hand seiner neuen Methode alte Fragen neu bearbeitet und über die Neutrophilen bei Infektionskrankheiten, bei agonaler Leukocytose, bei kachektischer Leukocytose und bei Carcinom Arbeiten publiziert. Jetzt wendet er sich der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett zu.

Mit Absicht hat Ref. die im gleichen Heft des Archivs, aber an späterer Stelle gebrachte Arbeit von Birnbaum vorangestellt, weil diese die Verbesserungen der Untersuchungsmethoden genauer schildert, welche durch Ehrlichs Verdienst den hämatologischen Forschern geschenkt worden. Sie ermöglichten ohne weiteres durch Färbung verschiedene Formen der Leukocyten zu differenzieren und ältere Theorien über das Wesen der Leukocytose schlankweg zu widerlegen. So gilt als allgemein anerkannt die Theorie Virchows, der Entdeckers der Leukocytose, für widerlegt, weil es sich um eine Vermehrung der neutrophilen Leukocyten handelt auf Kosten der Lymphocyten, während doch die letzteren vermehrt sein müßten, wenn eine Reizung der Lymphdrüsen die Ursache wäre, wie Virchow wollte.

Während nun aber die übrigen Forscher sich darauf beschränken, die Gesamtzahl der Leukocyten zu zählen und die Veränderung des Verhältnisses der einzelnen Arten zueinander nur zu schätzen, hat A. 5 Klassen und in diesen wieder 3—5 Unterarten unterschieden, so daß 18 verschiedene Leukocyten bei jeder Blutuntersuchung der Beurteilung und Zählung wie Registrierung unterliegen.

Diese 5 Klassen werden in ein Schema eingeordnet, so daß die 1. Klasse (vom Beschauer) links, die 5. rechts sich befindet. Senkrecht untereinander sind drei Rubriken angebracht. Zu oberst befinden sich die einzelnen Unterarten für sich, dann ist aus allen eine Summe gezogen, und zu unterst ist diese, in Prozenten angewendet, gegeben.

Die 1. Klasse umfaßt die Leukocyten mit einem Kern; die Unterabteilungen M. W. F. bedeuten Myelocyten, tief und wenig, gebuchteter Kern.

Die 2. Klasse umfaßt Leukocyten mit 2 Kernen. Unterabteilungen 2 K., 2 S. und 1 S., 1 K. bedeuten 2 Kerne, 2 Schleifen und 1 Kern eine Schleife. 3. Klasse, 3 Kerne, 4 Unterabteilungen, 3 K. = 3 Kerne, 3 S. = 3 Schleifen, 2 S. 1 K. = 2 Schleifen 1 Kern, 1 S. 2 K. = 1 Schleife 2 Kerne usf. Im normalen Blutbild enthält die 1. Klasse 5 %, die 2. Klasse 35 %, die 3. Klasse 41 %, die 4. Klasse 17 % und die 5. Klasse 2 %.

Unter gewissen physiologischen oder pathologischen Zuständen, unter welchen die blutbildenden Kräfte des Körpers mehr in Anspruch genommen werden, vermindert sich die Prozentzahl der wenigkernigen Leukocyten. Verf. bezeichnet dies mit „Verschiebung des neutrophilen Blutbildes nach links“.

Weniger übersichtlich und vom Verf. selbst weniger benutzt ist eine weitere graphischen Darstellung des Blutbildes in 100 Feldern, schachbrettartig geordnet.

Die Gesamtzahl der Leukocyten ohne Rücksicht auf ihre Qualität gibt Verf. im Gegensatz zu der von fast allen übrigen Autoren (s. oben auch Birnbaum) nicht auf 5—10000 auf 1 cmm Blut, sondern nur auf 5—6000 an.

Da es sich aber nicht um Veränderung der Zahl allein, sondern auch bei normaler Zahl um Verschiebung der Klassenzahlen handeln kann, so unterscheidet Verf. Anisohyperleukocytose, Anisonormaleukocytose und Anisohypoleukocytose.

Verf. nahm nach dieser Registriermethode im Speziellen auf frühere Arbeiten verweisend an 12 Erstschwangeren und 10 Wiederholtschwangeren.

Bei den Erstschwangeren fand sich regelmäßig eine Hyperleukocytose bis zu 100 %, bei den Wiederholtschwangeren in 5 Fällen so ziemlich alle Verhältnisse: Hypo-, Norma- und leichte Hyperleukocytose, dennoch aber Verschiebung des neutrophilen Blutbildes nach links, d. i. Vermehrung der wenigkernigen Jugendformen.

Die Klassen 1 u. 2 : 3, 4 (u. 5) verhält sich die Norm etwa wie 40 : 60; in der Schwangerschaft nehmen die Zahlen der 3., 4. u. 5. Klasse stetig ab, 1. u. 2. stetig zu (Verschiebung nach links), um in der Gesamtzahl mit dem Eintritt der Geburt mit etwa 18000 ihren Höhe-

punkt zu erreichen (5 Erstgeburten, 2 Wiederholtgebärende), die Mehrzahl wies jedoch nur 11000—13000 Leukocyten auf 1 ccm Blut auf.

In einem Falle trat eine Steigerung der Gesamtzahl auf 48000 ccm ohne eine Verschiebung nach links ein, was gestattete, eine Komplikation vorherzusagen, welche in Form einer Mastitis eintraf.

Zusammenhang mit Eintritt der Laktation war nicht nachweisbar, doch bleibt während der ganzen Laktationsperioden das neutrophile Blutbild ein wenig nach links verschoben und die Gesamtzahl höher eingestellt.

Verf. verwirft die Lymphocytentheorie Virchows, die Arbeitstheorie und die Theorie des Reizes einer chemotaktischen Substanz (Ehrlich) und zieht das Fehlen der Verdauungshyperleukocytose in der Schwangerschaft (durch Birnbaum inzwischen widerlegt) als Beweis heran, daß nur eine höhere Inanspruchnahme die Kräfte und Säfte des Körpers in der Schwangerschaft einen vergrößerten Untergang (Verbrauch) der Reifestadien und ein reichlicheres Vorhandensein der Jugendformen bedingen. Dieser Reiz gehe so weit, daß in der Schwangerschaft der Reiz der Verdauung quasi übertrübt werde.

Unmittelbar nach der Geburt ist ein ziemlich plötzlicher Abfall.

Bei den Neugeborenen hat A. nur an 13 Fällen seine Beobachtungen angestellt. Die Übereinstimmung der Fälle unter sich war eine so auffallende, daß weitere Untersuchungen überflüssig erschienen.

Unmittelbar post partum Gesamtzahl 19000, Verschiebung des Blutbildes nach links, ziemlich steiler Abfall bis nahe zur Norm am 3. Tage, Wiederansteigen am 5.—6. Tage und dauernder Abfall zur Norm. Verf. verwirft alle bisher aufgestellten Theorien, so auch diejenige der Autotransfusion aus der Placenta (Cohnstein und Zuntz), namentlich, weil sich kein Unterschied nachweisen ließ, ob die Neugeborenen früh oder spät abgenabelt worden waren, und neigt sich der Meinung zu, daß die gleichen Versuche bei der Mutter intra partum zu einer Steigerung derselben beim Fötus und Neugeborenen geführt habe. Die offensichtliche Übereinstimmung der Zahlen verführt förmlich zu dieser Annahme.

Das Wiederansteigen der Geamtzahl sowie die Verschiebung des Blutbildes nach links am 5.—6. Tage weiß Verf. nicht genügend zu erklären.

Kritik.

Die sehr mühsamen und gewissenhaften Untersuchungen haben auch mit verbesserten Methoden einen praktischen Nutzen für Diagnose und Therapie nicht gewährt. Desto dankbarer muß man sein für die Erweiterung unserer theoretischen Kenntnisse.

Ziegenspeck (München).

Guido Berghinz, Lymphatische und myeologene Leukämie. (La Pediatria. Mai 1904.) Verf. berichtet über drei chronisch bezw. subakut verlaufende Fälle von myeologener Leukämie mit typischen Blutbefund und einem ganz akut und fieberhaft verlaufenden tödlich endenden Fall von lymphatischer Leukämie. Letzterer betraf ein 7jähriges Mädchen; sie wurde am 12. September wegen Lymphadenitis und Tonsillarhypertrophie in die Klinik aufgenommen und starb am 2. Oktober. Im Blut hatte sich der klassische Befund an Lymphocyten und Hagenschen opeken mononukleären Leukocyten gefunden. F.

Frank S. Churchill, Acute Leukaemia in early life. (American Journal of the Medial Sciences. October 1904.) Verf. unterwirft eine Reihe von Berichten über Leukämie im Kindesalter einer vergleichenden Prüfung und gelangt zu folgenden Gesichtspunkten:

Es handelt sich um akut verlaufende Leukämie und diese ist durchweg myelogenen Ursprungs. Die Krankheit ist bei Kindern ebenfalls selten, doch wird eine genaue Blutuntersuchung manche unerwartete Diagnose zeitigen. Dementsprechend sind 22 Fälle seit 1898 beschrieben worden, während aus der älteren Literatur lediglich 7 Berichte zu verzeichnen sind.

Akute Leukämie verläuft etwas anders im frühen Lebensalter als beim Erwachsenen, indem Blutungen bei Kindern seltener und weniger profus sind. Auch kommt häufiger eine kleinzellige Lymphocytose vor. Der Ausgang ist jedoch auch hier ein letaler.

Es wäre wünschenswert, Versuche mit Serumbehandlung sowie experimentelle Inokultationen mit leukämischem Blut direkt ins Knochenmark zu machen. Leo Jacobi (New York).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 20. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Cöln am 5. Februar 1905.

Vor Beginn der wissenschaftlichen Sitzung beantragt Herr Bloch die Annahme einer Resolution betreffs Ausbildung von Pflegerinnen für die Säuglinge nachdem sie der Wochenbettpflege entwachsen seien. Hierzu bemerkt Herr Witzel (Bonn), daß es zweckmäßig sei, die Ausbildung auf breitere Basis zu stellen und Pflegerinnenschulen nach amerikanischen und englischen Mustern anzustreben.

Siegert (Cöln): Die Ausbildung solcher Pflegerinnen ist zum Teil schon durchgeführt. So von Schloßmann in Dresden, von mir in Straßburg. Diese Wärterinnen finden stets ausgezeichnete Stellungen, aber die Säuglingssterblichkeit wird von ihnen nicht tangiert, da in den wohlhabenden Kreisen, wo man die Wärterin zahlen kann, man keine Kinder an Verdauungsstörungen verliert. Dagegen sollten für die Ziehkinderkontrolle und für die unvermögende Klasse möglichst viele Wärterinnen ausgebildet werden, wo die Säuglingssterblichkeit zu fassen ist. Ein Jahr allgemeine Ausbildung und dann ein Jahr speziell für den gewünschten Zweck genügen, und wenn die Leitung in einer Hand verständig ausgeübt wird, kann der Erfolg nicht fehlen.

Paffenholz schildert die gefährliche Tätigkeit der sogen. Zweitwärterinnen bei den Kindern in den ersten Lebensmonaten und fürchtet, daß diesem Übelstand durch eine so ideale Ausbildung wie von den anderen Herren vorgeschlagen, nicht abgeholfen wird, da diese durch ihre berechtigt hohen Honorare und Ansprüche in der Praxis nur für wenige sehr begüterte Familien in Betracht kommen.

Cramer (Bonn) weist auf das Vorhandensein von Wochenpflegekursen an den geburtshilflichen Anstalten hin. Die Hebammen sind überhaupt ungeeignet für die Pflege des Kindes zu sorgen; es fehlt ihnen dazu an Zeit und Wissen. Eine gesetzliche Regelung der Ausbildung von Kinderpflegerinnen, die gerade für die Pflege der armen und Ziehkinder herangezogen werden sollten und den Hebammen die Fürsorge für den Säugling abnehmen, ist dringend erwünscht.

Selter: Der Schwerpunkt der Säuglingssterblichkeit liegt bei der Nachkommenschaft der ärmeren Klassen, nicht so sehr bei den Ziehkindern. Hier

wirkt die Hebamme oft verderblich. Eine bessere Ausbildung derselben in bezug auf Säuglingspflege ist erforderlich, wie ich im Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege bereits auseinandergesetzt habe.

Weyl (Düsseldorf): **Erfahrungen mit den Vilbelschen Buttermilchkonserven.** Seit Mitte August vorigen Jahres verwendete Vortr. die unter dem Namen „Holländische Säuglingsnahrung" von der Meierei Stavelt et Cie. in Vilbel in den Verkehr gebrachte Konserve bei 19 Säuglingen von 14 Tagen bis 10 Monaten. Dadurch, daß er selbst die Beschaffung der Konserve in die Hand nahm und flaschenweise an die Mütter abgab hatte er Gelegenheit, seine Pat. häufig zu untersuchen und zu wiegen. Auf diese ständige Beobachtung und seine Indikationsstellung schiebt er die Tatsache, daß er in keinem Falle direkten Mißerfolg hatte. Fieberhafte akute Darmkatarrhe schloß er von dieser Behandlungsmethode von vornherein aus. Die reine Buttermilchernährung setzte er nie lange Zeit hindurch fort, vielmehr setzte er, sobald die Stühle gleichmäßig salbenförmig geworden waren, Kuhmilch in steigender Menge zu und konnte so ohne Rückschlag auf einfache Kuhmilchmischungen übergehen. Die besten Erfolge sah er von der Buttermilchernährung bei zehn dyspeptischen Brustkindern und drei atrophischen Säuglingen. Außerdem heilten unter Buttermilchdiät zwei chronische Dünndarmkatarrhe und zwei chronische Dickdarmkatarrhe aus, die durch die verschiedensten diätetischen und medikamentösen Behandlungsmethoden nicht abheilen wollten. Bei zwei sehr schwächlichen Kindern, die infolge hochgradiger Atmungsbehinderung nur geringe Mengen aus der Flasche zu sich nahmen, benutzte er den hohen Nährwert des Präparates um eine Gewichtszunahme zu erzielen. Rachitis oder Disposition zu Rachitis sah er in keinem Falle nach Buttermilchernährung entstehen. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Vilbelsche Konserve überall da mit Vorteil benutzt werden kann, wo Buttermilch überhaupt indiziert sei, d. h.

1. Als Beigabe zur Brust bei dyspeptischen Brustkindern, die an Gewicht nicht zunehmen.
2. Bei atrophischen Säuglingen.
3. Bei lang bestehenden Gastroenterokatarrhen, wenn keine Muttermilch verabreicht werden kann.
4. Wo eine kalorienreiche Nahrung erwünscht ist und Muttermilch nicht zur Verfügung steht.

Brehmer gibt eine zusammenfassende Übersicht der bisher von den Beobachtern gestellten Indikationen für die Buttermilchernährung. Diese sind so verschiedenartig, daß der Pädiater sich keine Vorstellung von der Anwendung der Buttermilch machen kann, andererseits hat eine ganze Anzahl durchaus keine wissenschaftliche Grundlage (Anwendung bei Frühgeburten, Zwillingen, angeborenem oder früh erworbenem Erbrechen). B. geht dann auf die Magendarmstörungen der Säuglinge ein und zeigt, daß hier dasselbe Durcheinander herrscht und daß weder die Anatomie noch Bakteriologie bis jetzt imstande sind, nur einigermaßen sichere Anhaltspunkte für die eine oder andere Magendarmstörung zu geben; summiert werden sie in den einen großen Topf der Gastroenteritis geworfen. B. schlägt die von Biedert und Selter betonte Einteilung der Säuglingsdarmkatarrhe nach dem Stuhlbild vor und bringt auf Grund dieser Gruppierung der Verdauungsstörungen Beispiele für die einzelnen Krankheitsbilder. Dementsprechend wendet er die Buttermilch an:

1. Bei Insuffizienz der Fettverdauung mit Zucker- event. Mehlzusatz.
2. Bei Insuffizienz der Kohlehydratverdauung, je nachdem Insuffizienz für Mehl oder Zucker besteht, ohne Mehlzusatz, im anderen Falle ohne Zuckerzusatz mit Sacharin zum Süßen.
3. In Fällen leichter Insuffizienz der Eiweißverdauung. (Vortrag erscheint an anderer Stelle ausführlich.)

Zur Diskussion. Rensburg: Weyls praktische Indikationen lassen sich ungezwungen zerlegen in die von mir in meiner früheren Arbeit über Buttermilch angegebenen Indikationen.

Paffenholz macht günstige Mitteilungen über die Haltbarkeit der Vilbelschen Buttermilch, deren Säuregrade er nach 6monatlichem Aufbewahren unter verschiedenen Bedingungen bestimmt hat. Da Herr Brehmer in der Hauptsache über die Klassifikation der Ernährungsstörungen des Säuglings und über deren Einteilung auf Grund der Fäzesbefunde nach der Publikation von Herrn Selter spricht, so macht er seine Bedenken gegen diese Systematik geltend, da ihm aus

den von Selter mitgeteilten Krankengeschichten die Berechtigung einer solchen nicht hervorzugehen scheint; im besonderen wendet er sich dagegen, daß man aus etwaigen Heilerfolgen durch Verabreichung von Buttermilch oder gar Frauenmilch Schlüsse auf ganz spezifische Insuffizienzen zieht, ferner gegen die logische Verwertung einer Provokationsdiät. Die klinische Vorstellung werde nach diesem Einteilungsprinzip, das nur ein einzelnes Symptom zugrunde legt, sehr verwirrt, und z. B. werde die Demme-Biedertsche Fettdiarrhöe, eine wirklich primäre funktionelle Dyspepsie, dicht neben eine Cholera infantum mit symptomatischen, vielleicht zufälligen Fettausscheidungen im Stuhl gestellt. Im übrigen erkennt er den Wert der Fäcesuntersuchungen an, meint aber, daß die Fälle, in denen es gelingt, aus dem Stuhlbild die Therapie sicher einzurichten, bei weitem nicht die Regel sind.

Selter: Zu den Mitteilungen des Herrn Weyl sei bemerkt, daß Cantrowitz in der letzten Sitzung unserer Vereinigung die Behauptung über Zusammenhang von Rachitis und Buttermilch an der Hand unseres Materials als unrichtig feststellte. Bezüglich der Selbstbereitung von Buttermilch bezw. Fermentmilch gestatte ich mir, eine Mitteilung über unsere Erfahrungen für nächste Sitzung anzukündigen. Herrn Paffenholz danke ich für seine wohlwollende und doch scharfe Kritik. Ich weiß sehr wohl — mir ist es auch so ergangen —, daß es sehr schwer ist, mit allen Methoden zu brechen und sich eine ganz andere Art in der Beurteilung der Säuglingsdarmkatarrhe an zugewöhnen. Aber wir vernachlässigen, wie eben Herr Brehmer anführte, die sonstigen klinischen Zeichen an darmkranken Säuglingen nicht. Brehmer hat ihnen aber wieder einmal vorgeführt, und der Vortrag Weyls beweist Ihnen, daß wir bis jetzt einen gemeinsamen Boden für die Anordnungen der Säuglingskatarrhe nicht haben. Der eine definiert so, der andere so, infolgedessen stellt der eine seine Indikationen so, der andere so. Warum?! weil fast jegliche Grundlage fehlt. — Dies hoffe ich mit der größeren Bewertung der Fäcesuntersuchung zu geben. — Gewiß mag der eine dies, der andere jenes herausfinden als unrichtig an meinen Angaben; ich weiß, daß ich nichts völlig Abgeschlossenes geliefert habe. Sollte ich aber nur dazu beitragen, daß man der Fäcesuntersuchung auch an den Kliniken mehr Beachtung schenkt, so ist der gewollte Zweck erreicht. — Er geht dann auf einzelne Einwendungen Paffenholz's ein, die er zu widerlegen sucht und bittet, zunächst einmal seine Angaben nicht am grünen Tisch, sondern am Krankenbett zu prüfen.

Weyl (Schlußwort) betont noch einmal den Bemerkungen verschiedener Diskussionsredner gegenüber, daß er seine Erfolge außer seiner Indikationsstellung besonders der ständigen Überwachung der mit Buttermilch ernährten Säuglinge verdanke. Eine genaue Umgrenzung der Atrophien und Darmstörungen, bei denen Buttermilch indiziert ist, lasse sich solange nicht geben, als für viele Darmerkrankungen der Säuglinge noch die pathologischen Unterlagen fehlen. Auch Selter würde trotz seiner Stuhluntersuchungen in vielen Fällen erst nach längerem Probieren die richtige Nahrung treffen.

Nebel (Solingen): **Über Bioferrin und einige Bemerkungen über Anämie.** Bioferrin nimmt unter den organischen Eisenpräparaten einen hervorragenden Platz ein: 1. Durch seinen Geruch, 2. durch angenehmen Geschmack, 3. durch gute Ausnutzbarkeit gerade in kleinen Dosen, 4. durch leichte Bekömmlichkeit bei Säuglingen, 5. durch appetitanregende Wirkung. Die Hämoglobinzunahme des Blutes ist schnell und einfach mittelst der Hämoglobinskala nach Fallquist zu kontrollieren. Bei den Versuchen in Haan brachten es 3 Kinder bei 6wöchiger Verordnung von 2mal 5,0 auf 100 %, sie nahmen 20—25 % Hämoglobin zu. 2 Kinder machten schwere Krankheiten durch, kurz nach der 6wöchigen Kur. Eine von 1 ½ Jahren hatte embolische Hemiplegie mit 1010 g Gewichtsabnahme; trotzdem war bei ihm in der Genesung noch 15 % Hämoglobin mehr vorhanden als vor der Kur. Ein anderes von 1 ½ Jahr hatte Pneumonie, Pleuritis sicca und subakuten Lungenkatarrh neben Pertussis durchzumachen, nahm während der Zeit 2710 g ab, hatte trotzdem bei Beginn der Rekonvaleszenz noch etwa 35 % Hämoglobin mehr als vor der Kur. Das Hämoglobin des Bioferrins zeigte sich zum Teil in den Stühlen wieder, sie sahen wie Blutwurst aus, wurden bei längerem Liegen an der Außenfläche grauschwarz, rochen wie Blutwurst oder faulig stinkend und reagierten stark alkalisch. Nach Teichmann ließen sich aus ihnen reichlich Hämatinkristalle darstellen. Infolge dieser Beobachtung gab N. nun einem 8 Monate alten Knaben mit 60 % Hämoglobin 2mal täglich nur 2,5 g Bioferrin,

es zeigte sich, daß das Bioferrin anscheinend besser ausgenutzt wurde, das Kind nahm bei diesen kleinen Dosen in 10 Tagen etwas über 10% Hämoglobin zu. Eine Wöchnerin hatte wegen atonischer Blutung in der Nachgeburtsperiode nur 45% Hämoglobin. Neben kräftiger Kost wurden täglich 3 mal 10 g Bioferrin gereicht. Nach 10 Tagen hatte sie wieder reichlich 70% Hämoglobin. Bei der Auswahl der Versuchskinder wurden alle anämisch scheinenden nach Fallquist in bezug auf Hämoglobin bestimmt. Es fand sich die überraschende Tatsache, daß die meisten „Anämischen" etwa 70—80% Hämoglobin aufwiesen. Anämie als klinisches Symptom könnte auf zweierlei beruhen: 1. Das Blutvolumen könnte vermindert und die fehlende Menge durch größeren Gefäßtonus ausgeglichen sein. 2. Der Mangel an Blut könnte durch Aufnahme anderer Körpersäfte, also Flüssigkeit, beseitigt sein; es würde also Verdünnnng des Blutes eintreten, der Gefäßtonus braucht hierbei nicht in Tätigkeit zu treten. In den meisten Fällen wird es sich um eine Kombination beider Faktoren, aber in verschiedenem Grade, handeln. Es wäre nun möglich, daß die anämischen Kinder mit 70—80% Hämoglobin eine Blutarmut (Haematopenia vera) im Wortsinne haben, bei der der Gefäßtonus kompensatorisch eintritt. Die bleiche Farbe rührt von den engen Gefäßen der Haut her. Die Beimischung der Röte zur Hautfarbe, die von diesen Hautkapillaren herrührt, ist geringer; die Kinder sind bleich — chronisches Erbleichen im Gegensatze zum akuten Erbleichen im Affekte. Gestützt würde diese Erklärung nur durch quantitative und qualitative Blutbestimmungen an Leichen entsprechender Kinder.

Zur Diskussion. Rey berichtet ebenfalls über günstige Resultate mit Bioferrin bei Fällen von chronischer Anämie mit Milz- und Leberintumeszenz, die bei Beseitigung der ursächlichen Überfütterung bei gleichzeitiger Anwendung von Bioferrin auffallend rasch ausheilten.

Selter fügt den Ausführungen Nebels noch hinzu, daß sich ihm das Bioferrin in schweren Anämiefällen der Privatpraxis ausgezeichnet bewährte, speziell bei einem an starker Malariaanämie leidenden 2 jährigen Kinde.

Cramer (Bonn): **Beiträge zur Pathologie der Neugeborenen.** C. teilt die Krankengeschichten und Sektionsbefunde zweier Neugeborenen mit, die gleich nach der Geburt septische Erscheinungen zeigten und in wenigen Tagen starben. Er bespricht dabei die Möglichkeit einer intrauterinen septischen Infektion, ohne mit Bestimmtheit diese seinen Fällen zu supponieren.

Zur Diskussion. Selter: Rensburg hat vor 2 Jahren (Juni 1902) in unserer Vereinigung einen Darm eines Neugeborenen demonstriert mit den soeben von Cramer geschilderten follikulären Veränderungen der Darmwand. Der Darm stammte von einem aus der Wupper gezogenen Kinde, das keine Zeichen vorhanden gewesenen Lebens bot. Wir glaubten damals eine fötale Enteritis vor uns zu haben.

Rey bittet um genauere Angaben über die Natur des bei den Säuglingen erwähnten Ausschlages an der äußeren Haut und weist auf die von ihm mehrfach beobachteten Wechselbeziehungen zwischen Enteritis follicularis und der Dermatitis pyaemica (Jahrbuch für Kinderh. N. F. LVI. Heft 3.). Rey.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 16. Februar 1905.

(Nach Zentralblatt für innere Medizin.)

I. Knöpfelmacher demonstriert: a) ein Kind, bei dem es im Dezember 1904 im unmittelbaren Anschluß an Diphtherie, wohl infolge eines encephalitischen Herdes, zur Entwicklung einer **zerebralen und spinalen Lähmung** kam. Die Lähmungserscheinungen sind bereits im Rückgange (die peripheren besser).

b) 3 Fälle (Kinder im Alter von 6—8 Jahren) von **kongenitalem Kretinismus.** Wie aus vorgelegten Photographien zu ersehen ist, ging das Myxödem bei Schilddrüsenbehandlung prompt zurück, um nach Aussetzung der Medikation innerhalb von 2—12 Monaten wieder zu rezidivieren.

K. gibt bei Kretinismus congenitalis kontinuierlich anfänglich eine halbe, später eine Tablette des englischen Schilddrüsenpräparates.

Escherich hört auf seine Anfrage, daß die vorgestellten Kinder in Wien geboren seien, und macht aufmerksam, daß er während seiner Tätigkeit in Graz (Alpenländer) nicht mehr Fälle von Kretinismus beobachtet habe als in Wien.

II. C. Hochsinger demonstriert: a) ein 20 Monate altes Kind mit **Spasmus nutans und Nystagmus.** Die Erkrankung war im neunten Lebensmonate, gleichzeitig mit florider Schädelrachitis, aufgetreten, unter Phosphorbehandlung geschwunden, vor 6 Monaten aber wieder aufgetreten. Das Kind zeigt weiter noch mechanische Übererregbarkeit des N. facialis und Stimmritzenkrampf. H. hat bei vielen Fällen von Nickkrampf Übererregbarkeitserscheinungen gefunden und stellt den Spasmus nutans daher in die Kategorie der Übererregbarkeitskrämpfe des Kindesalters.

b) 3 Fälle von **hereditär-syphilitischer Schädelhypertrophie** und führt aus, daß eine frühzeitig, schon im ersten Lebensjahr, auftretende abnorme Härte und Dichtigkeit des Schädelskeletts, insbesondere eine sehr ausgesprochene Protuberanz der Stirn- und Scheitelhöcker, charakteristisch für angeborene Lues ist. Dergleichen Veränderungen kämen bei einfacher Rachitis ohne Lues erst in späteren Lebensjahren vor und dann immer nur in Verbindung mit schwerer Rachitis des Rumpfskeletts und der Extremitäten. Auf Grund dieser Erwägungen wird bei einem 10 Monate alten Kinde, welches wegen breiter Kondylome in der Aftergegend in Behandlung trat, die Differentialdiagnose zwischen hereditärer und erworbener Lues gestellt. Das Kind zeigt 47 cm Schädelumfang, 44 $^1/_2$ cm Brustumfang, Stirn- und Scheitelbeinhöcker sind mächtig aufgetrieben: hereditäre Lues.

In den beiden anderen Fällen handelt es sich um notorisch hereditär-syphilitische Kinder im Alter von 14 Monaten bezw. 3 Jahren: auffallend große Köpfe (49 und 47 cm Umfang), stark vorspringende Stirnhöcker, charakteristische Vertiefung zwischen den Scheitelhöckern (Caput natiforme Parrot), keine Rachitis des Rumpfskeletts oder der Extremitäten. Besonders interessant ist der eine dieser beiden Fälle, bei dem ein kontinuierliches, rasches Zunehmen des Kopfumfanges und der Stirnhöcker trotz eines monatelang bestehenden Wachstumsstillstandes des übrigen Körpers, welcher durch eine enteritische Atrophie bedingt war, festgestellt werden konnte.

III. Moser demonstriert das **anatomische und bakteriologische Präparat eines Falles von Meningitis cerebrospinalis.**

Die bei dem 10 monatigen Kinde 2 Tage ante exitum vorgenommene Lumbalpunktion ergab eine milchig getrübte Flüssigkeit, welche zahlreiche stäbchenförmige Bazillen (weder Influenzabazillen noch Bacterium coli) enthielt. Bei der Kultivierung wurde konstatiert, daß es sich um ein anaerob wachsendes Bakterium handle.

Das anatomische Präparat bietet das gewöhnliche Bild einer Konvexitätsmeningitis.

IV. Escherich zeigt ein 5 jähriges Kind mit **Lupus disseminatus.**

Im Januar dieses Jahres Morbillen, anschließend Lungenkatarrh. Dem verschwindenden Exanthem folgte unmittelbar das Auftreten von in Nachschüben sich entwickelnden größeren und kleineren harten Knoten. Einige der Knoten wurden größer, andere heilten unter Narbenbildung. E. spricht die Ansicht aus, daß es, angeregt durch die Morbilleninfektion, zu dieser Aussaat von Tuberkelbazillen aus einer versteckten Lymphdrüse gekommen sei.

V. R. Popper: **Über Kolostrum.**

P. teilt die Resultate seiner umfangreichen Experimente und histologischen Untersuchungen an tierischem und Leichenmaterial und der Sekretuntersuchungen an Frauen und Neugeborenen mit.

Aus den histologischen Untersuchungen von frischem und fixiertem Sekret und Schnittpräparaten von tierischen und menschlichen Mammae, aus Milchinjektionsversuchen, aus Chemotaxisversuchen mit stagnierender Milch, aus mikroskopischen Untersuchungen von Mammagewebe in den ersten Stadien des Autolyseprozesses gelangte P. zur Überzeugung, daß die Kolostrumkörperchen nicht Leukocyten seien, wie Czerny behauptet hatte, sondern Epithelzellen der Mamma, welche sich von der Basalmembran loslösen und ins Lumen

der Alveolen gelangen, wo sie wohl noch einige Zeit Lebenserscheinungen bieten können, aber schließlich der fettigen Degeneration anheimfallen, in welcher Form sie dann das charakteristische Merkmal des Kolostrumsekretes bilden. Die Identifizierung der Kolostrumkörperchen mit den Epithelzellen der Drüse stützt sich hauptsächlich auf die Gleichheit ihrer Kerne (bläschenförmige Kerne zum Unterschied von den Leukocytenkernen), weiter auf die nicht selten erhaltene charakteristische Anordnung der Zellen in Verbänden.

Die Frage nach der Ursache der ganzen Erscheinung reduziere sich demnach auf die Frage: Aus welchem Grunde gelangen die Epithelzellen in das Lumen?

Bei dem Kolostrum nach dem Absetzen des Kindes beantworte sich die Frage durch die Überlegung, daß für die Unmenge von Epithelzellen, welche bei der Involution der Mamma verschwinden, keine anderen Formelemente im Sekret und im Schnittpräparat angesprochen werden können als die Kolostrumkörperchen, welche offenbar diese in Degeneration befindlichen Epithelzellen darstellen. Am Ende der Laktation sei die Kolostrumbildung demnach eine Involutionserscheinung.

Ein ähnlicher Gedankengang dränge sich wohl auch für das Kolostrum der Schwangerschaft auf. Es handle sich hier um eine geringere Anzahl von Zellen, welche während der monatelangen Dauer der spärlichen Sekretion vor der Geburt eines sozusagen natürlichen Todes sterben, und welche aus dem Sekrete fortgeschafft sind, wenn das Kind nur einigemal an der Brust gesaugt hat.

Dabei ist es, wie P. meint, natürlich nicht auszuschließen, daß um die Zeit, da die Drüse sich zu ihrer Funktion vorbereitet, mit der Wucherung ihres Drüsenepithels nicht auch gelegentlich eine Abstoßung und ein Beweglichwerden einzelner junger Epithelzellen vorkomme, wofür ja bei der lebhaften Gewebsneubildung in normalen und pathologischen Fällen zahlreiche Analoga vorliegen.

Bei dem Kolostrum der Neugeborenen endlich, der sogen. Hexenmilch, müsse man die Entstehungsursache der Kolostrumkörperchen in dem fettigen Zerfalle der innersten Zellagen der ursprünglich solid angelegten Milchgänge und Acini ansehen, wodurch erst deren Hohlräume entstehen.

Escherich spricht die Ansicht aus, daß die Kolostrumkörperchen vielleicht teils aus Epithelzellen, teils, wie Czerny annahm, aus Leukocyten entstehen.

Sitzung vom 2. März 1905.

(Nach Wiener med. Presse.)

G. Schwarz demonstriert das anatomische Präparat von einem Falle von **Abszeß des vorderen Mediastinums bei Scharlach.** Bei dem Pat. bildete sich im Verlauf des Scharlachs ein fluktuierender Tumor über dem Sternum, welcher eine lebhafte, vom Herzen mitgeteilte Pulsation zeigte. Im Sternum trat eine Dehiszenz auf und es kam zur Fraktur desselben. Beim Palpieren des Tumors stellten sich Atemnot, Zyanose, Erhöhung der Puls- und Respirationsfrequenz ein, später traten solche Anfälle auch spontan auf. Durch Inzision wurde aus der Geschwulst ca. $^1/_4$ l Eiter entleert, bald darauf kam es zum Exitus. Bei der Obduktion fand man eine zwischen dem Sternum, dem Perikard und der Pleura liegende Abszeßhöhle und tuberkulöse Bronchialdrüsen, im Eiter fanden sich Streptokokken und Staphylococcus aureus, die ersteren waren nach der Agglutinationsprobe von den beim Scharlach vorkommenden verschieden. Es ist fraglich, ob eine Osteomyelitis oder eine Knorpeleiterung die Ursache des Abszesses war.

A. Hecht zeigte das anatomische Präparat eines Falles von **Lebersarkom**, welches bei einem $^3/_4$ Jahre alten Mädchen zur Beobachtung gelangte. Dasselbe war stark anämisch (2980000 Erythrocyten, Hämoglobingehalt 15—20% Fleischl), in der Lebergegend saß ein elastischer, später fluktuierender Tumor, dessen Punktion blutig tingierte Flüssigkeit mit Gewebstrümmern, roten Blutkörperchen und Leberzellen ergab. Bei der Obduktion fand sich ein kindskopfgroßes Sarkom der Leber.

G. Nobl stellt zwei Fälle von **Lupus verrucosus** und einen Fall von disseminiertem **Lupus miliaris** bei Kindern vor. Die beiden ersten Fälle zeigen verrukös gewucherte und von hornigen Massen bedeckte Lupusplaques, der dritte über den ganzen Körper zerstreute kleine Knötchen. Die Lupuseruptionen waren nach Masern aufgetreten. Bei den verrukösen Formen ist die beste Therapie die Exzision der Herde.

W. Knöpfelmacher zeigt zwei Geschwister mit **hereditär-familiärem Diabetes insipidus.** Die Harnmenge ist sehr groß, sie beträgt bei dem größeren Knaben bis zu 9 l im Tage, der Wasserausscheidung entsprechend ist auch der Durst gesteigert, die Harnblase ist enorm erweitert, so daß sie in gefülltem Zustande über dem Nabel steht. Bemerkenswert ist, daß der Vater, Großvater und die Urgroßmutter der Kinder ebenfalls an Diabetes insipidus gelitten haben.

J. Leiner zeigt das Mädchen aus dem vorerwähnten Geschwisterpaare, welches an **Ichthyosis nacré** leidet. Die Haut des Kindes ist auffallend trocken und mit Schuppen und Hornschildern bedeckt. Wenn ein mit diesem Hautleiden behaftetes Kind von Scharlach befallen wird, so bilden sich nach Ablauf desselben Rhagaden, welche sich langsam ausgleichen, die Abschuppung ist kleienförmig.

H. Lehndorff demonstriert ein 12 Tage altes Kind mit **Spina bifida der Lendenwirbelsäule,** in der Hülle derselben sind zerfaserte Spinalnerven nachweisbar. Daneben bestehen eine schlaffe Lähmung und eine Sensibilitätsstörung der Beine, ferner Subluxationsstellung der Finger- und Zehengelenke, die Reflexe an den unteren Extremitäten sind erloschen, die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist dagegen erhalten. Es liegt sicher eine schwere Störung der Hinterstränge vor.

W. Knöpfelmacher macht darauf aufmerksam, daß auch eine Lähmung der Muskeln des Beckenbodens vorliegt, welche sich durch Verstrichensein der Crena ani und durch trichterförmiges Vorspringen des Afters dokumentiert.

J. Flesch demonstriert ein Kind mit einem **angeborenen Beweglichkeitsdefekt der Augen.** Beim Blick nach außen divergieren die Augenachsen, während beim Blick nach vorne Konvergenz besteht. Es handelt sich entweder um eine angeborene Schwäche beider M. externi oder um eine sogenannte Divergenzlähmung, welche auf einer Kernläsion beruht.

Krenberger berichtet über die Gründung der **Vierteljahrsschrift „Eos“,** welche sich mit den gesamten Abnormitäten der Kinder befassen und das Einvernehmen zwischen dem Arzte und dem Lehrer pflegen soll.

Sitzung vom 16. März 1905.

R. Neurath bespricht die **pathologisch-anatomischen Befunde bei Poliomyelitis ant. acuta.** Über die anatomische Natur dieses Prozesses herrschen zwei Ansichten; nach der einen beruht das Wesen des Prozesses in einer primären Veränderung der Ganglienzellen, nach der anderen beginnen die Veränderungen im interstitiellen Gewebe und beeinflussen erst auf diesem Wege die Nervensubstanz. Vortr. hat zwei Fälle von Poliomyelitis ant. acuta anatomisch und klinisch beobachten können, welche einander ergänzen, indem der eine rezente, der andere alte Veränderungen darbot. Im ersten Falle handelte es sich um ein 5 jähriges Kind, welches in drei Attacken unter Fieber, Appetitlosigkeit, Schmerzen in den Extremitäten und Unvermögen, den Kopf aufrecht zu halten, erkrankte. Die beiden ersten Erkrankungen gingen rasch vorüber, bei der dritten konstatierte man eine Lähmung aller Extremitäten, der Nackenmuskulatur, Schmerzhaftigkeit, Artikulationsstörung, Schluckbeschwerden und Parese des Zwerchfells, so daß die Atmung nur thorakal erfolgte. Die Obduktion ergab: Hypertrophie des lymphatischen Gewebes, Hyperämie der Meningen, die große Substanz des Rückenmarkes von Rundzellen durchsetzt, besonders in der Nähe der Gefäße, stellenweise Blutungen, außerdem fanden sich Ganglienzellen in allen Stadien der Degeneration von leichter Trübung des Protoplasmas bis zur Schrumpfung. Es bestand also eine intensive Myelitis, die sich durch das ganze Rückenmark erstreckte, besonders die graue Substanz und vor allem die Vorderhörner betraf. Nach der Ansicht des Vortr. gehen die Ganglienzellendegeneration und die vaskulär-interstitiellen Veränderungen einander parallel und sind, unabhängig voneinander, die Folgen einer toxischen Noxe, welche noch unbekannt ist. In dem besprochenen Falle ergab die bakteriologische Untersuchung ein negatives Resultat. In einem zweiten Falle, welcher mehrere Jahre nach überstandener Poliomyelitis zur Obduktion kam, fanden sich neben mehreren encephalitischen Herden im Rückenmarke Hyperämie der grauen Substanz, Residuen alter Blutungen, stellenweise Rarefizierung der Glia und Degeneration von Ganglienzellen in den Vorderhörnern, aber auch in den Hinterhörnern. Bis zu einem gewissen Grade kann der Ausfall von Ganglienzellen durch die gesunden kompensiert werden.

Herm. Schlesinger bemerkt, daß meningeale Veränderungen bei der Poliomyelitis häufiger vorkommen als man glaubt, wie er sich in drei genau beobachteten Fällen überzeugen konnte.

E. Redlich bestätigt die Ansicht des Vortr., daß parenchymatöse und interstitielle Veränderungen im Rückenmarke einander koordiniert entstehen können. Aus dem Vorgange bei der Entzündung im Zentralnervensystem ergeben sich fließende Übergänge von geringen Veränderungen bis zu Erweichungen, zu multipler Myelitis und selbst Querschnittsläsionen. Diese Übergänge äußern sich auch im klinischen Bilde. Meningeale Veränderungen finden sich in allen intensiveren Fällen von Poliomyelitis vor.

v. Székely beschreibt und demonstriert seine **Methode der Kindermilchgewinnung.** Dieselbe beruht darauf, daß pasteurisierter Rahm mit einer nach einem eigenen Verfahren gewonnenen Molke gemischt wird. In einem starkwandigen, mit einem Manometer versehenen und um eine horizontale Achse drehbaren Gefäß wird die auf 60° erwärmte Milch einem Strom von Kohlensäure ausgesetzt, welche durch Drehen des Gefäßes mit der Milch innig gemengt wird. Dadurch wird das Kasein der Milch in Form einer schwammigen Masse herausgefällt und es resultiert eine reine Molke, welche man dann mit auf 70° erwärmtem Rahm und 2% Milchzucker versetzt. Die so gewonnene Milch ist bakterienarm und qualitativ möglichst unverändert, da höhere Hitzegrade bei ihrer Darstellung vermieden werden. Ernährungsversuche mit derselben haben ein gutes Resultat ergeben.

Sitzung vom 30. März 1905.

J. Drey stellt ein 3jähriges Kind mit einem **angeborenem Vitium cordis,** wahrscheinlich einem Septumdefekt in Kombination mit Mitralinsuffizienz, vor. Das Kind war bis zum neunten Lebensmonat zyanotisch, hat Rachitis und angeblich mehrmals Pneumonie überstanden. Die Herzdämpfung reicht bis in die vordere Axillarlinie. Die Auskultation ergibt blasendes systolisches Geräusch über der Herzspitze und über dem Sternum, dasselbe Geräusch über der Aorta, verstärkten zweiten Pulmonalton, Puls regelmäßig, Andeutung von Trommelschlägelfingern.

K. Hochsinger bemerkt, daß bei angeborenen Herzfehlern der zweite Pulmonalton dann akzentuiert ist, wenn eine Lücke im Septum ventriculorum vorhanden oder der Ductus Botalli offen ist, wodurch in die Pulmonalarterie mehr Blut als in der Norm zufließt. Ist die Lücke im muskulären Anteile des Ventrikelseptums, so kann ein Geräusch fehlen, weil die Lücke durch die sich kontrahierende Muskulatur verschlossen wird. Die Zyanose entsteht dabei dann, wenn der Druck im rechten Ventrikel größer ist als im linken, wodurch viel venöses Blut in den Körperkreislauf gelangt.

M. Sternberg weist darauf hin, daß er dieselbe Ansicht auf dem Kongresse in Wiesbaden vertreten habe.

F. Spieler führt 4 Kinder vor, welche eine **Kombination von Exophthalmus mit adenoiden Vegetationen** zeigen und meint, daß ersterer vielleicht durch eine retrobulbäre Lymphstauung, verursacht durch Verlegung von Lymphbahnen infolge der adenoiden Wucherung, hervorgerufen sein könnte.

N. Swoboda demonstriert einen **Apparat zur Milchkühlung.** Die gekochte Milch wird in dem Kochgefäße in einen mit Eiswasser gefüllten Blechbehälter gestellt, welcher von einem Holzmantel umgeben ist. Der Deckel des Gefäßes wird mit einem Gewichte beschwert, damit das auf einem Rastel stehende Gefäß nicht vom Auftriebe umgestürzt wird.

K. Hamburger: **Wie können wir das Selbststillen der Mütter fördern?**

Nach dem statistischen Jahrbuche der Stadt Wien starben im Jahre 1902 in Wien 34000 Menschen, darunter 10000 Säuglinge, während die Tuberkulosesterblichkeit 7000 Fälle betrug; die Säuglingssterblichkeit bildet also ein Drittel der Gesamtmortalität. Diese hohe Kindersterblichkeit hängt mit ungünstigen hygienischen Verhältnissen und mit der verbreiteten künstlichen Ernährung zusammen. Die Ursache, daß die Mütter nicht selbst stillen, sind Unwissenheit, Gleichgültigkeit, Bequemlichkeit, Unmöglichkeit aus sozialen Gründen. In vielen Fällen liegt die Schuld daran, daß Hebammen und sogar Ärzte die künstliche Ernährung empfehlen, während es doch ihre Pflicht wäre, unter allen Umständen das Selbststillen als die natürlichste und dem Kinde zuträglichste Ernährung zu empfehlen. Dem Überhandnehmen der künstlichen Ernährung wäre nach der Ansicht des Vortr. durch Belehrung der Hebammen und der Mütter zu steuern,

eventuell sollte das von Seite der Hebammen ohne ausreichenden Grund erfolgende Anraten der künstlichen Ernährung als Kunstfehler erklärt und unter Strafe gestellt werden.

In der Diskussion, an welcher sich die Herren Hock, Doz. Eisenschitz, Schlichter, L. Teleky, Prof. Escherich, Hochsinger, Swoboda, Prof. Sternberg, Prof. Pfaundler, Kaup, Rie und S. Weiss beteiligten, wurde von den meisten Rednern die Ansicht vertreten, daß hier nicht durch Strafbestimmungen, sondern durch Belehrung der Hebammen und Unterstützung selbststillender Mütter etwas zu erreichen sei; letzteres wird vom Verein „Säuglingsschutz" geübt. Es wäre empfehlenswert, dafür einzutreten, daß in dem neuen Entwurfe des Arbeiterkrankenversicherungsgesetzes die Dauer der Unterstützung der Wöchnerinnen auf 6 Wochen ausgedehnt werde. Nach den Beobachtungen an der Grazer Kinderklinik ist in den letzten Jahren die Zahl der selbststillenden Mütter und die durchschnittliche Stillungsdauer zurückgegangen, während nach den Beobachtungen an der dortigen geburtshilflichen Klinik 92 % der Frauen zu stillen fähig waren.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Das **Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus** wird eine wesentliche Vergrößerung erfahren. Die Baukosten für den ersten Bauteil sind mit 820000 Mk. veranschlagt, wovon als erste Baurate 200000 Mk. bereits von der Stadtverordnetenversammlung bewilligt sind.

Hannover. Der Magistrat hat die Wahl von **11 Schulärzten** vollzogen.

Königsberg i. Pr. Der Ausschuß für Armen- und Waisenpflege hat beschlossen, anläßlich der silbernen Hochzeit des Kaiserpaares ein „Säuglingsheim" ins Leben zu rufen.

— Der Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege erläßt einen Aufruf zum Wettbewerb zur Erlangung einer kurzen, klaren, der einfachsten Mutter oder Pflegerin verständlichen und mit den kleinsten Mitteln ausführbaren **Anleitung zur richtigen Ernährung und Pflege des Säuglings.** Die volkstümlich abgefaßte, für die Massen zu verwendende Anleitung soll den Umfang von 160 Zeilen zu 9 Worten nicht übersteigen. Bewerbungen sind in verschlossenem Umschlag mit einem Zeichen oder Motto, ohne Namensangabe und unter Hinzufügung eines zweiten Umschlages, mit demselben Sinnspruch oder Zeichen, in welchem der Name des Bewerbers sich befindet, bis zum 15. Juni 1905 einzureichen an den ständigen Geschäftsführer des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Herrn Geheimen Sanitätsrat Prof. Dr. Lent (Köln). Preisrichter sind die Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. Kruse (Bonn), Geheimer Sanitätsrat Prof. Dr. Lent (Köln), Kinderarzt Dr. Selter (Solingen) und die Herren Professoren Dr. Hochhaus und Dr. Siegert in Köln. Es gelangen Preise zu 150, 100 und 50 Mk. zur Verteilung. Die preisgekrönten Anleitungen werden alleiniger Besitz des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, soweit sie nicht bereits vor dem Erscheinen dieses Aufrufs veröffentlicht sind, was auch zulässig ist. Ärzte und solche Personen, die sich berufsmäßig mit der Säuglingspflege beschäftigen, werden zum Wettbewerb aufgefordert.

V. Personalien.

Unser geschätzter Mitarbeiter, **Prof. Dr. H. Starck** in Heidelberg, ernannt zum dirigierenden Arzt für innere Krankheiten am Stadtkrankenhause zu Karlsruhe.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. Juli 1905. No. 7.

I. Originalbeiträge.

Über Diphtherie der Kinder.

Von

Dr. **Benno Müller** (Hamburg).

Wenn ich dies Thema heute einer Erörterung unterziehe, so geschieht dies aus dem Anlaß, einen Beitrag zur Kenntnis dieser schweren Erkrankung unserer Lieblinge zu liefern, indem ich, gestützt auf eine kleine Epidemie, die ich zu erleben Gelegenheit hatte, einige Fälle beschreibe, welche eine recht interessante Reihe von Beobachtungen bieten. Es war dies eine Diphtherieerkrankung im Jahre 1902 in der Nähe Hamburgs auf dem Lande, einer Gegend der Lüneburger Heide, wo eigentlich während des ganzen Jahres ab und zu ein Fall von Diphtherie auftritt und wo die Krankheit eben nie ganz erlischt, wie dies ja überall, wo Menschen leben, der Fall zu sein pflegt. Die Diphtherie ist eine der schwersten Erkrankungen der Kinder und dieselbe ist doch in ihrem Verlaufe von recht vielen Verschiedenheiten und Abnormitäten begleitet. Man hat in allen Fällen zwar die gleiche Ätiologie und insofern eine einheitliche Erkrankung, allein es bestehen doch noch immer große Unterschiede in den einzelnen Fällen. An vielen Epidemien beobachtet man, daß nur Kinder erkranken, und doch darf man die Diphtherie nicht als reine Kinderkrankheit betrachten, denn es gibt eine Reihe von Fällen, wo man auch Erwachsene an derselben erkranken sieht, und doch wundert man sich hinwiederum, daß die Kinder in einer Familie eines nach dem anderen erkranken und die Eltern und erwachsenen Personen bleiben von der Krankheit verschont. Dieser Umstand bringt oftmals das Erstaunen hervor und man kann es sich nicht erklären, wie die verschiedenen Personen gegenüber der Infektion sich verhalten.

Wenn man zunächst einmal unsere derzeitigen Diphtherieepidemien betrachtet, so findet man ganz entschieden ein weniger schweres Auftreten der Erkrankung gegenüber den Fällen und Epidemien früherer Zeiten, von denen man alte Ärzte erzählen und die Bücher berichten hört, und man wundert sich anfangs darüber ohne sich aber recht den Gang der Verhältnisse klar zu machen. Diese Verminderung der tödlichen Diphtheriefälle datiert von dem Jahre der Entdeckung des Diphtherieserums, und es ist somit ein sicherer Beweis geliefert, daß eine neue Ära in der Behandlung der Diphtherie eingetreten ist. Dieser Umstand ist ebenso erfreulich wie nützlich

und man kann den Wert dieser Entdeckung nicht hoch genug schätzen. Es ist ja bekannt und allgemein durch viele Fälle erfahren, daß die Diphtherie durch das Serum Behrings in ganz auffallender Weise günstig beeinflußt wird. So wird man die Diphtherie, wenn sie auch im Anfang als äußerst schwer und gefährlich auftritt, oftmals, man kann sagen in den meisten Fällen bedeutend gebessert wenige Stunden bis zu einem Tage nach der Injektion des Diphtherieheilserums finden, es ist oftmals geradezu auffallend, wie schon kurze Zeit nach der Injektion das Fieber abfällt und der ganze Zustand einen besseren Charakter annimmt, so daß man einen günstigen weiteren Verlauf erwarten kann. Immerhin ist die Gefahr der Krankheit damit noch nicht beseitigt, es gibt trotzdem Fälle, welche letal enden, und es wendet sich manchmal noch der Verlauf zum tödlichen Ausgang, wenn man glaubt, einen leichten Fall vor sich zu haben. Deshalb darf man nie aus den allgemeinen Symptomen auf die Krankheit selbst schließen, denn die Beurteilung des Verlaufes, die Prognose, muß auf ganz andere Symptome und Beobachtungen gestützt sein. Man muß vor allem bei dem Fällen eines Urteils über den etwaigen weiteren Verlauf den Sitz der Infektion und die Ausdehnung der Beläge bedenken, und man kann auch daraus nur annähernde Schlüsse ziehen auf die weitere Gestaltung des Krankheitsprozesses. Man könnte ja der Meinung sein, die Infektionspforte sei bei der Verwendung des Diphtherieheilserums belanglos, da ja das Serum die allgemeine Einwirkung der in das Blut eingedrungenen Bakterien bekämpft. Aber es ist dies irrig, denn von dem Krankheitsherde, von der Eingangspforte der Infektion hängt der ganze weitere Verlauf ab, da ja die Besserung der Diphtherie nur davon abhängt, ob von dem mit Belag und wachsenden Bazillen beschickten Hals oder Rachenorganen usw. noch weitere Bazillen in die Blutbahn gelangen können oder nicht, und ob das injizierte Serum genügend ist für die schon im Blute kreisenden Bazillen. Darin liegt ja nun gerade die Schwierigkeit in dem Beurteilen der zu verwendenden Dosis des Serums, denn man wird natürlich mehr Serum oder ein stärkeres brauchen, wenn auf dem erkrankten Stück Schleimhaut enorm viel Bazillen wachsen und sich vermehren und somit immer mehr neue Bazillen in die Blutbahn schicken, als wenn nur wenig daselbst vorhanden sind, die noch dazu wenig virulent sind und wenig Tendenz haben, sich zu vermehren. Die Virulenz der Bakterien ist neben der Anzahl derselben der wichtigste Punkt. Das Serum wird nun aber nicht nur die Bakterien im Blut, diejenigen, welche von der Schleimheit in den allgemeinen Kreislauf übergegangen sind, töten und in ihrer Wirkung auf den Organismus vernichten, sondern das Serum übt auch auf die auf der Schleimhaut im Halse zur Wucherung sich angesiedelten Bazillen einen vernichtenden Einfluß aus, es macht dieselben unwirksam. Somit erkennt man auch nach der Injektion von Serum sofort, wenn dasselbe anschlägt, einen Rückgang in der Größe des Belages. Man wird demnach auch von der Größe des Belages, welchen man bei dem Kranken findet, ungefähr beurteilen können, wieviel Serum man für den Kranken verwenden soll. Es hängt ungeheuer viel von der Injektion des Serums ab und auch vor allem von der genügenden

Dosis. Da man nun nie genau vorher erkennen bezw. beurteilen kann, wieviel Serum notwendig ist, so wird es am besten sein, lieber eine etwas größere Dosis zu injizieren, als eine zu kleine unwirksame. Es ist natürlich in jenen Fällen, wo man eine zu geringe Dosis von Serum verwendet, ein ganz besonderer Nachteil, denn die Wirkung bleibt vollkommen aus und es macht den Eindruck, als sei das Serum unwirksam. Das ist aber nur scheinbar der Fall, denn das Serum kann nur einen Teil der Toxine neutralisieren, und es werden immer gewisse Mengen übrig bleiben, welche nun auf den Organismus genau so einwirken, als wenn gar kein Serum verwendet worden wäre. Man muß ja im Gegenteil stets einen Überschuß von Serum im Blut haben, denn es wird ja bei einem nicht ganz leichten Falle stets nach der Injektion von Serum in dem Belag und auf der Wunde darunter Bazillen in einer gewissen Anzahl geben, die noch Toxine produzieren und die sich vermehren und neue sehr virulente Bazillen erzeugen, und diese Bazillen mit ihren Toxinen müssen nun noch vernichtet werden, wozu eben ein Überschuß von Serum vorhanden sein oder eine neue Injektion erfolgen muß. Man macht ja auch aus diesem Grunde bei schweren Fällen nach der ersten Injektion ungefähr 24—48 Stunden eine neue Injektion einer geringeren Menge die als der ersten Injektion repräsentierte. Trotz all dieser Vorkehrungen gelingt es doch in manchen Fällen nicht, die Krankheit erfolgreich zu bekämpfen und man muß noch immer mit einem gewissen Prozentsatz von Fällen rechnen, die allen Gegenmaßregeln zum Trotz letal enden, dieweil eben nichts vollkommen ist auf Erden.

Es treten vor allem zwei Arten der Diphtherie auf, nämlich die Rachen- und die Kehlkopfdiphtherie, sowie eine weitere, welche man meist mit unter die Kehlkopfdiphtherie rechnet, die Rachenkehlkopfdiphtherie, wo sich eben die diphtheritische Entzündung auf die Rachenorgane bis zum Kehlkopf erstreckt. In der Hauptsache gibt es aber nur zwei Arten, die in der Praxis besonders häufig zu finden sind, das sind die genannten zwei Arten, wobei man die leichten Fälle als die Rachendiphtherie anzusehen hat. Diese Erkrankungen, bei denen man als Eingangspforte der Diphtheriebazillen meist die beiden Tonsillen zu betrachten hat, und wo sich auf den Tonsillen kleine weiße Beläge finden, die nur einen Teil der Tonsillenoberfläche einnehmen, sich aber auch bisweilen über die ganzen Tonsillen und angrenzenden Gaumenbögen verbreiten, um so mit den Belägen der anderen Seite im Rachen zu konfluieren, werden in den allermeisten Fällen bei Diphtherieepidemien gefunden und stellen eben meist leichte bis mittelschwere Krankheiten dar. Es kommt verhältnismäßig selten vor, daß von den Tonsillen aus der Belag in den Larynx fortschreitet, denn man bietet der Erkrankung durch das Serum meist Einhalt und es erfolgt keine weitere Ausdehnung der Beläge. Es ist aber auch möglich, daß die Diphtherie, obwohl sie nur eine Rachendiphtherie repräsentiert, doch sehr schweren Verlauf zeigt und schließlich trotz Serum zum Tode führt, ohne daß der Kehlkopf vom Belag ergriffen wurde. Es kommt eben ganz auf die Virulenz der Diphtheriebazillen an, ob der Verlauf ein günstiger oder ungünstiger ist.

Neben diesen reinen Rachendiphtheriefällen kommen die reinen

An den Kieferwinkeln waren beiderseits einige Drüsen zu fühlen. Der Kehlkopf konnte mit dem Spiegel nicht betrachtet werden, mit dem Finger fühlte man die Organe stark geschwollen. So weit man mit dem Spiegel sehen konnte, zeigte sich reichlich weißer Belag auf den Stimmbändern. Die Temperatur war 40° C., der Puls regulär, aequal, beschleunigt, mittelvoll, 100 Schläge pro Minute. Es war hier also sicher hochgradige Larynxdiphtherie vorhanden.

Diagnose: Diphtheria laryngis.

Die Behandlung bestand zunächst in Injektion von Diphtherieheilserum Dos. I, weiter riet ich den Leuten die Tracheotomie an, da die Atemnot immer stärker wurde. Ich führte dann auch sofort die Tracheotomie superior aus und fand dabei die Trachea im Innern bis zirka zur Hälfte mit weißem Belag ausgekleidet, der sich teilweise beim Husten ausstieß. Nachdem die Kanüle in der Wunde lag, atmete das Kind ganz ruhig und ebenmäßig. Nun wurde das Kind weiter beobachtet. Es gab ziemlich viel Schleim durch die Kanüle ab und am Tage nach der Operation hustete sie wieder ein Stück Membran aus. Am Tage nach der Operation war eine deutliche Besserung durch die freie Atmung zu konstatieren, während das Fieber noch sehr hoch war, abends 39,9° C., morgens 38,7° C. Der Puls war aber kräftig. Es wurde heute nochmals Serum von Dosis I verabreicht. Die Krankheit verlief nun langsam sich bessernd gut, es wurden noch einige Membranen aus der Trachea ausgestoßen, das Fieber fiel am fünften Tage und war dann nur noch mäßig, bis am achten Tage nach der Tracheotomie die Temperatur normal war. Am zwölften Tage konnte ich die Kanüle entfernen und das Kind atmete gut und zeigte auch keinerlei Zeichen einer Gaumenlähmung und dergleichen, sondern konnte ruhig Atem holen und gut Speisen bezw. Milch schlingen. Das Kind war also gerettet und konnte nach 4 Wochen geheilt entlassen werden. Von seiten der Lungen waren während der ganzen Dauer keine wesentlichen Beschwerden aufgetreten, es hatte sich nur nach der Operation eine ziemlich starke Bronchitis gezeigt, welche in Husten und Auswurf bestand. Dieselbe war aber auch nach Ablauf der Diphtherie verschwunden, es war also eine diphtheritische Bronchitis vorhanden gewesen. Jedenfalls war dieser Fall bei der Schwere der Krankheit und der großen Jugend des Kindes ein besonders interessanter, denn es war mir von Anfang an sehr zweifelhaft, ob ich das Kind würde retten können. Es gelang aber trotz der mangelhaften Pflege, die man ja auf dem Lande und vor allem bei den primitiven Verhältnissen in den Wohnungen und Familien der Bauern in der Lüneburger Heide nur in sehr unvollkommener Art zur Verfügung hatte, und somit ist es ein sehr interessanter Fall, der vom Glück stark begünstigt wurde.

Der dritte Fall, den ich hier im Anschluß erwähnen will, betrifft ein 10jähriges Mädchen, Frieda M., welche seit 2 Tagen erkrankt war an Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber, Heiserkeit, Schlingbeschwerden usw. Am 12. IV. wurde ich gerufen, weil das Kind angeblich Krämpfe hätte. Es war das Kind angeblich erst seit 2 Tagen krank, vorher völlig wohl und gesund gewesen.

Es fand sich objektiv ein für ihr Alter mittelgroßes, mäßig entwickeltes, gut genährtes, wenig schwächliches und anämisches Kind, von leidlichem Fettpolster, mittlerem Ernährungszustand. Das Gesicht war stark gerötet, dunkelrot, die Atmung stark beschleunigt, fauchend und giemend, sehr erschwert, starke Einziehungen im Jugulum und den Zwischenrippenräumen. Die Brust ist breit, gut gewölbt, die Lunge zeigt VA. ohne Geräusche, keine bronchitischen Geräusche, normaler Perkussionsschall. Das Herz ist gesund, Puls regelmäßig, gleichmäßig, wenig gefüllt, fast frequent, 110 Schläge in der Minute. Die Temperatur beträgt 40° C. Der Mund ist entzündet, etwas Stomatitis. Zunge sehr stark belegt, gelbweißlich trocken. Tonsillen und Rachenwand gerötet und geschwollen, doch nirgends Belag vorhanden. Bei näherer Spiegeluntersuchung sieht man den Kehlkopf sehr stark geschwollen, gerötet, und überall weißgelblicher Belag. Die Stimmbänder sind gar nicht zu erkennen, weiß belegt, schließen sie bis auf einen kleinen Spalt in der Mitte. Es handelt sich also hier um die Diagnose: Diphtheria laryngis.

An den Kieferwinkeln und in dem Halsdreieck sind mehrere geschwollene Drüsen zu fühlen. Es wird den Eltern in Anbetracht der großen Atembehinderung angeraten, das Kind sofort tracheotomieren zu lassen, da die Gefahr der Erstickung eine sehr große ist, und da die ärztliche Hilfe nicht im Ort zu haben war. Es wurde zunächst eine Injektion von Heilserum Dose II vorgenommen.

Daraufhin die Tracheotomie inferior ausgeführt, welche noch recht schnell ausgeführt werden mußte, da die Atemnot so schnell zunahm, daß das Kind dem Tode nahe war. Nachdem die Trachea eröffnet und die Kanüle eingesetzt war, kam eine normale tiefe Atmung zustande. Die Trachea war mit Belag ausgekleidet, es wurden einige Membranen entfernt und noch nachträglich stückweise ausgehustet. Die Temperatur war am nächsten Tage noch 39° C., doch war das subjektive Befinden bedeutend gebessert, das Herz war kräftig und schlug normal. Es trat am fünften Tage Abfall der Temperatnr ein und von diesem Tage an besserte sich die Erkrankung schnell vollkommen, am zehnten Tage nach der Operation wurde die Kanüle entfernt. Das Kind bekam eine ziemlich starke Gaumenlähmung, die erst nach 4 Wochen ganz verschwunden war. Nach 5 Wochen konnte das Kind geheilt entlassen werden.

Der folgende vierte Fall betrifft einen 5jährigen kräftigen Knaben Wilhelm R., der am 19. VI. erkraukte. Es hatten sich seit 2 Tagen Unwohlsein, Kopfschmerz, Erbrechen, Mattigkeit, Schlingbeschwerden, Fieber eingestellt. Seit dem Tage vorher hatte der Knabe öfters Krämpfe (Atemnot) bekommen, weshalb die Leute, größerer Bauer, mich riefen.

Ich fand den kräftigen, mittelgroßen, gut ernährten und entwickelten Knaben im Bette sich herumwerfend mit dunkelblauem Gesicht, nach Luft schnappend und sehr angestrengt atmend, wobei er wenig Luft erhalten konnte. Herz und Lungen waren normal. Im Munde fanden sich trockene Lippen und weißliche gelbe Zunge, etwas Stomatitis, Foetor ex ore, die Tonsillen rot, geschwollen, ohne Belag, beenso der übrige Rachen. Eine genaue Kehlkopfuntersuchung konnte nicht vorgenommen werden, da das Kind zu unruhig war. Es fanden sich tiefe Einziehungen der Rippenzwischenräume, des Jugulum, geschwollene Drüsen am Hals. Es wurde schleunige Tracheotomie nötig. Die Temperatur war 39,5° C., der Puls 128 Schläge in der Minute, derselbe war gespannt, kleiu, äußerst frequent und wenig irregulär.

Die Diagnose stand fest auf Diphtheria laryngis.

Die Tracheotomie mußte sehr rasch ausgeführt werden, ich nahm die Tracheotomie inferior vor. Es fand sich in der Trachea eine Membran von 3 cm Länge, die ich entfernte, weiter reichlich Belag überall. Die Atmung wurde sofort besser nach dem Einsetzen der Kanüle. Nach der Operation wurde eine Injektion von Diphtherieheilserum Nr. II vorgenommen. Der Knabe machte jetzt einen viel bessern Eindruck, die Atmung war jetzt regelmäßig, ging leicht vor sich und es wurde mäßig viel Schleim ausgehustet. Der Puls war regulär und äqual, gut gefüllt und gespannt und nur noch 100. Das Herz war soweit gesund. Am Tage darauf war die Temperatur noch 39° C., und das Befinden bedeutend gebessert. Die Pflege wurde auch gut besorgt und das Kind machte einen bedeutend besseren Eindruck. Am dritten Tage nach der Operation war das Fieber auf 37 gefallen, am vierten Tage war kein Fieber wieder eingetreten. Der Puls war 88, normal und regelmäßig, gut gefüllt und gespannt. Am fünften Tage war das Kind soweit ganz munter, er saß schon im Bett auf und schien fast gesund, nur stießen sich noch Membranen ab. Temperatur und Puls werden normal. Am sechsten Tage wurde ich plötzlich gerufen und fand das Kind tot, denn es hatte sich die Kanüle aus der Trachea gezogen, dieselbe hing zwar am Band fest um den Hals, doch war sie aus der Wunde gezogen und diese war von Membranen verstopft. Wiederbelebungsversuche waren resultatlos, da das Kind schon stundenlang tot war. Die Eltern hatten gegen mein ausdrückliches Verbot, das Kind nicht allein zu lassen, dasselbe doch ziemlich lange sich selbst überlassen und es hat sich da wahrscheinlich vor die Kanüle eine Membran gelegt, was das Kind veranlaßte, mit den Händen an der Kanüle zu ziehen. So war dasselbe erstickt und nur infolge des Leichtsinnes der Pflegepersonen. Allein die Eltern besaßen soviel Stoizismus, der diesen niedersächsischen Bauern überhaupt eigen ist in hohem Maße, daß sie mir sagten, das Kind hätte eben sterben sollen, und da ich es nun von der Krankheit errettet hätte, so hätte müssen ein solcher Zufall den Tod herbeiführen. Nun gegen solche Weisheit kann man nichts erwidern. Es ist dieser Fall aber statistisch nicht als Todesfall durch Diphtherie anzusehen, sondern man kann hier mit Recht behaupten, daß die Diphtherie hier geheilt war.

Der fünfte Fall war ein sehr schwerer Diphtheriefall, der ein 5 Monate altes Kind, Sophie B., betraf, welches am 19. V. erkrankte. Das Kind war angeblich erst seit einem Tage nicht wohl, es hatte Erbrechen, Krämpfe bekommen,

Atemnot, und viel gewimmert. Als ich gerufen wurde, fand ich das Kind in höchst desolatem Zustande.

Es war ein an sich kräftiges und gesundes Kind, das gut genährt und entwickelt war, es hatte gut getrunken und war immer gesund gewesen. Herz und Lungen waren normal. Das Kind lag unter höchster Atemnot, rotblau im Gesicht und am Körper im Bett. Am Jugulum und den Interkostalräumen starke Einziehungen. Im Rachen war Belag nicht zu finden, doch war im tiefen Rachen nach dem Kehlkopf weißer Belag deutlich zu sehen. Die Temperatur war 39,5° C., der Puls war äußerst frequent, kaum zu fühlen, ca. 120—128, klein, schwach, irregulär. Lunge war nicht erkrankt. Sonst nichts Besonderes zu finden.

Die Diagnose lautete also Diphtheria laryngis.

Ich riet den Leuten die Tracheotomie, welche sofort ausgeführt werden mußte, da das Kind in höchster Gefahr schwebte, zu ersticken. Es trat sogar kurz vor Beginn der Operation ein schwerer Kollaps ein. Derselbe wurde bekämpft und sofort mit wenig Schnitten die Tracheotomie superior ausgeführt, welche zunächst viel Schleim aus der Trachea, sowie Membranmassen herausbeförderten. Als die Kanüle eingelegt war, trat wieder schwerer Kollaps mit Apnoë ein. Durch künstliche Respiration während längerer Zeit brachte ich das Kind wieder ganz zum Leben zurück und es atmete nun ruhig und regelmäßig. Der Puls war nun auch kräftig, regelmäßig und nicht mehr so frequent, wie vorher. Es wurde noch eine Injektion von Diphtherieheilserum von Dos. I vorgenommen. Es war aber doch nicht möglich gewesen, dauernd das Herz kräftig zu erhalten, denn 12 Stunden nach der Operation starb das Kind an Herzschwäche.

Der nächste Fall betraf einen 9jährigen Knaben, Johann B., der seit 2 Tagen erkrankt war, und zwar unter Kopfschmerzen, Erbrechen, Krämpfen usw. Am 27. V. wurde ich gerufen. Es handelte sich um ein kräftiges, gut gebautes und ernährtes Kind, das in bezug auf Herz und Lungen gesund war. Im Gesicht zeigte sich Zyanose mäßigen Grades. Im Munde war Stomatitis, Zunge trocken, stark gelbweißlich belegt, die Tonsillen und Rachenwand sind rot, geschwollen, doch ist kein Belag vorhanden. Der Kehlkopf zeigt rote geschwollene Schleimhaut und links einen erbsengroßen weißen Belag. Auf der Brust sind Einziehungen der Interkostalräume und des Jugulum deutlich, doch ist die Atembehinderung noch mäßig.

Diagnose: Diphtheria laryngis.

Es wurde zunächst Diphtherieheilserum Dos. II injiziert, Eis appliziert und den Eltern geraten, sofort zum Arzt zu schicken, wenn Verschlimmerung eintrete. Die Temgeratur war 39,5° C., Puls 80, regulär äqual, gut gefüllt und gespannt. Nach 2 Stunden wurde ich wieder gerufen und fand nunmehr das Kind im höchsten Grade zyanotisch und nach Atem ringend. Es wurde nun alles zur Tracheotomie vorbereitet und die Tracheotomie superior ausgeführt. Vor der Operation kollabiert der Knabe sehr stark und es wurde schnell operiert und unter Anwendung von künstlicher Respiration der Zustand beseitigt. Nach Einlegen der Kanüle tritt normale Atmung ein und der Zustand bessert sich bedeutend. Der Puls ist jetzt regelmäßig, gut gefüllt und gespannt.

Die Trachea zeigt im Innern reichlich weißen Belag und man entfernte aus derselben reichliche Fetzen von Diphtheriemembranen. Am nächsten Tage zeigt sich schon eine bedeutende Besserung. Der Puls ist normal gefüllt und regelmäßig 88 in der Minute, die Temperatur 39,6° C., doch ist sonst bedeutende Besserung eingetreten. Am dritten Tage nach der Operation fällt das Fieber ab und am sechsten Tage ist die Temperatur normal. Sonst befindet sich das Kind auch ganz gut, es kann normal respirieren und hat noch einige Membranen ausgestoßen, Am 13. Tage nach der Operation war die Kanüle entfernt. Die Atmung erfolgt normal und leicht durch den Kehlkopf. Der Knabe kann wieder sprechen. Es besteht aber zurzeit eine Lähmung des rechten Gaumenbogens. Am 15. Tage nach der Operation ist die Lähmung des Gaumens eine komplette und es fließt die flüssige Speise durch die Nase heraus. Dieser Zustand ist sehr hartnäckig und dauert 15 Tage an, dann erst bessert sich die Lähmung nach und nach. Auch eine leichte Nephritis war vom 13. Tage nach der Operation eingetreten, die aber ohne schwere Komplikationen leicht und rasch voruberging. Der Zustand besserte sich mit der Zeit ganz und es konnte der Knabe 5 Wochen

nach der Operation soweit geheilt entlassen werden, nur bestand noch eine ganz leichte Gaumensegellähmung, die erst nach $^1/_4$ Jahr ganz geschwunden war.

Dies sind die von mir beobachteten Fälle von reiner Diphtheria laryngis. Ich habe dieselben genauer angeführt, weil dieselben manches Interessante bieten. Es geht aus allen diesen Krankengeschichten hervor, daß es alle sehr schwere Fälle waren, die wohl von Anfang an sehr zweifelhaft waren hinsichtlich der Genesung und die doch bis auf einen Fall zur Heilung gelangten. Es sind ja 2 Kinder gestorben, doch der zweite Todesfall kann, wie schon bemerkt wurde, nicht als Diphtherietot betrachtet werden, da das Kind infolge der mangelhaften Pflege starb und nicht an der Diphtherie, denn dieselbe war zur großen Zufriedenheit schon in deutlichem Abheilen begriffen. Ich kann daher diesen Fall statistisch nicht zu den Diphtherietodesfällen rechnen, denn der Knabe wurde von seiner Diphtherie geheilt.

Es ist aber noch so manches an dieser kleinen Statistik interessant. Es kamen in dieser Zeit in dem Bezirke, den ich als Arzt damals gerade versorgte, 30 Diphtherieerkrankungen überhaupt vor. Es waren aber von diesen 30 Erkrankungen 6 reine Diphtherie des Kehlkopfes, während die anderen 24 gewöhnliche Rachendiphtherie darstellten. Es ist das ein Prozentsatz von 20 Kehlkopfdiphtherie. zu 100 Diphtherieerkrankungen überhaupt, also 20 % der Fälle waren hier Kehlkopfdiphtherie. Es ist dieser Prozentsatz ein ungeheuer hoher, denn es kamen also bei dieser kleinen Epidemie 20 % Tracheotomien vor, während man sonst nur 2 oder 3 % Tracheotomien bei den Diphtherieerkrankungen rechnet. Ein solches Verhältnis muß entschieden auffallen und ich habe aus diesem Grunde mich veranlaßt gesehen, einmal kurz einige Betrachtungen darüber aufzustellen. Bei der Anzahl der Kehlkopfdiphtheriefälle habe ich nun ganz genaue Untersuchungen über die Beziehungen der Personen zueinander angestellt und es ergibt sich da gar manches Interessante, was ganz besonders wichtig ist für die Beurteilung von Epidemien und dergleichen Krankheiten, die auf Ansteckung beruhen und durch Ansteckung sich verbreiten.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

M. Louis Martin, Étude clinique à propos de 443 cas de diphthérie. (La Presse Médicale. No. 42.) Die Mortalität bei der Diphtherie verhält sich verschieden je nach dem Alter der an der Diphtherie Erkrankten.

In der frühesten Kindheit beträgt sie 29 %, im zweiten Lebensalter 7,9 %, in älteren Jahren 3,45 %.

Im frühen Kindesalter sterben die Pat. meist an Kehlkopfaffektion, vom zweiten Jahre an hauptsächlich an anginöser Diphtherie.

Erstere werden meist zu spät erst mit Serum behandelt, da die Diagnose schwieriger ist. Es folgen weitere Erörterungen über die

anginösen Formen und die Differentialdiagnose zwischen Angina diphtherica und phlegmonöser Angina.

In allen zweifelhaften Fällen von Krupp sowohl wie von Angina empfiehlt Verf. Serumeinspritzung und zwar so früh wie möglich.

German (Göttingen).

Leenhardt, Statitique du pavillon de la diphthérie de l'hôpital des enfants malades du 1er mai 1902 au 1er mai 1903. (Service de M. Marfan.) (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 1904. No. 3.) Die in Frage kommenden Kinder sind meist besonders schwer an Diphtherie erkrankt und pflegen noch keine Serumeinspritzung erhalten zu haben. Daher wird letztere sofort im Krankenhause nachgeholt, wobei sich die Dosis (10—30 ccm) nach Alter, Schwere des Falles und einem etwa vorhandenen Krupp richtet. Geschwister der Pat. erhalten, falls sie erreichbar sind, prophylaktische Einspritzungen (5 ccm), welche so gut wie stets wirken, zum mindesten aber den Krankheitsverlauf mildern. In einem Drittel der Fälle ließ sich die Ansteckung direkt nachweisen. Die Zahl der Anginae malignae nahm in dem Zeitraum ständig ab, wogegen diejenige der Kruppfälle mehr als die Hälfte ausmachte. Es starben 15,8 %, wobei 9,3 % von diesen die ersten 48 Stunden nach erfolgter Einlieferung überlebten. Am häufigsten äußerte sich die Diphtherie in Anginen und in Laryngitiden mit Koryza. Unterschieden wurden Angina pseudomembranosa, Diphtheria communis, Angina pseudo-membranosa maligna mit schweren Lokal- und Allgemeinerscheinungen, Angina lacunaris, bei welcher doch manchmal echte Diphtherie vorlag, und Anginen unbestimmten Gepräges. Von den Kindern mit Angina maligna starben 40 %. Bei gefahrdrohender Laryngitis wurde die Intubation bevorzugt, wobei meist eine genügte. Bei verlängerter wuchs die Zahl der Larynxulzerationen nicht. Die Tracheotomie geschah nur bei äußerster Asphyxie, wurde aber auch in einer kleinen Zahl von intubierten Fällen erforderlich. Es gab Pat. mit gleichzeitigem Typhus, Scharlach, Masern, Windpocken, Keuchhusten usw. Die wichtigste Komplikation war die Bronchopneumonie, welcher $^3/_4$ der von ihr Befallenen erlagen. Erwähnt seien noch Pleuritiden, Otitis, Halsdrüsenabszesse. Die Albuminurie zeigte sich in der Hälfte der Fälle, war aber fast immer leicht. Diphtherische Lähmungen gehörten zu den Seltenheiten, Erytheme verschiedener Art kamen öfter vor. Die Behandlung der Diphtherie bestand fast ausschließlich in den Einspritzungen. Nur bei Neigung zu Ulzerationen wurden lokal wirkende Mittel verwandt, um unnötige Quälerei zu vermeiden. In schweren Fällen bewährten sich tägliche Injektionen von 1 cg Jod in 1 ccm Öl neben denen von Serum.

Tamms (Göttingen).

Rocaz (Bordeaux), Diphtérie primitive de l'amygdale pharyngienne. (Archives de méd. des enf. 1905. No. 2.) Es gibt Diphtheriefälle, in welchen die Krankheit primär die Pharynxtonsille ergreift, hier einige Zeit beschränkt bleibt und dann auf die benachbarten Teile übergreift. R. nennt die Krankheit: primäre diphtheritische Adenoiditis der Pharynxmandel.

Als Symptome werden angeführt: einerseits diejenigen, welche gewöhnlich durch adenoide Wucherungen hervorgerufen werden, wie

Atembeschwerden, näselnde Stimme, Gehörstörungen, zu welchen noch die Erscheinungen der Diphtherie hinzutreten, wie: Fieber, Schwäche, große Blässe, Appetitlosigkeit und Schwellung der Halslymphdrüsen. Dieser Zustand kann 4—8 Tage dauern und erst das Erscheinen von Pseudomembranen im Pharynx zeigt den wahren Charakter der Krankheit an.

R. hat etwa zehn einschlägige Fälle beobachten können und gibt die Krankengeschichte von zweien. Die Diagnose wird auf Grund der erwähnten Symptome und der bakteriologischen Untersuchung gestellt. Auch könnte die Rhinoscopia posterior eine direkte Diagnose ermöglichen, doch scheint der Verf. eine solche bei seinen Fällen nicht vorgenommen zu haben.

Die Prognose dieser Diphtherievarietät ist ernst, namentlich sind Komplikationen von seiten des Ohres zu befürchten, welche sehr schwer sein können.

Die Behandlung ist diejenige aller Diphtherien, beruhend in erster Reihe auf Injektionen des spezifischen Serums, auf antiseptischen Waschungen der erkrankten Gegend und allgemeine Kräftigung des Organismus; auch Injektionen von künstlichem Serum sind empfehlenswert.

E. Toff (Braila).

F. P. Anzinger, Three cases of Croup due to Staphylococcus and requiring Tracheotomie. (American Journal of the Medical Sciences. November 1904.) Die Entwicklung unserer Anschauungen über die Ätiologie des Kehlkopfkrupps bildet ein ungemein lehrreiches Kapitel der medizinischen Geschichte. Namentlich findet die Lehre vom Rhythmus einen schönen Beleg auf diesem Gebiete. Aus den prädiphtheritischen Anschauungen über die Entstehung des Krupp geriet die Ärztewelt in das entgegengesetzte Extrem, und jeder Krupp wurde als diphtheritisch (im ätiologischen Sinne) erklärt. Allerdings fehlte es auch damals nicht an Mahnungen gegen eine solche heterodoxe Stellung, allein der Zeitgeist riß die Majorität mit sich. Die neue Entdeckung des Diphtheriebazillus war mächtig genug, um alle anderen ursächlichen Momente zu überstrahlen.

Dann kam die Reue und die Reaktion. Einer nach dem andern kehrten die Abtrünnigen zur alten Fahne zurück und gaben zu, daß der Diphtheriebazillus bei weitem nicht die einzige Ursache von Krupp ist.

Und nun erscheint der Pendel in vollem Schwung nach der älteren Richtung hin. Immer größer wird die Anzahl der Berichte über nichtdiphtheritischen Krupp, wodurch die ätiologische Rolle des Klebs-Löfflerschen Bazillus stetig an Bedeutung einbüßt.

Es läßt sich aber mit Zuversicht noch manche Schwankung prophezeien, ehe wir zu einer festen Ansicht gelangen. Einstweilen sind kasuistische Berichte um so freudiger zu begrüßen.

Verf. beschreibt drei Originalfälle von Krupp bei kleinen Kindern. Alle drei benötigten die Tracheotomie und zwei starben. Als Erreger konnte mikroskopisch und bakteriologisch der Staphylococcus nachgewiesen werden. Klinisch verliefen die Fälle unter dem Bild des gewöhnlichen Krupps, wie er uns auf diphtheritischer Grundlage bekannt ist.

Auf die Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung wird besonders hingewiesen, da gerade derartige Fälle auf Antitoxin nicht reagieren und somit zu falschen Schlüssen über die Serumbehandlung führen.

Leo Jacobi (New York).

A. D. Woskressensky, Zur Färbung der Diphtheriebazillen. (Djetskaja Medizina. 1904. No. 1.) Bei der Untersuchung von Ausstrichpräparaten erzielte der Autor die allerbesten Resultate bei 2—3 Minuten langer Färbung mit einem Gemisch aus 6 Teilen Neisserscher Methylenblaulösung (Methylenblau 1,0 + Alkohol [96 %] 20,0 + Acid. acetic. glacial. 50,0 + Aq. destill. 950,0) und 1 Teil frischer gesättigter Fuchsinlösung. Mit diesem Gemische färben sich die Polkörner der Diphtheriebazillen schwarz oder dunkelviolett, die Bakterienkörper rot. Die Pseudodiphtheriebazillen und übrigen Mikroorganismen färben sich dabei gleichmäßig rot.

A. Dworetzky (Moskau).

M. Neisser, Zur Diagnostik des Diphtheriebazillus. (Aus dem Kgl. Institut für experimentale Therapie zu Frankfurt a. M.) (Deutsche Ärzte-Ztg. 1905. No. 1.) N. kam 1897 auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß der Löfflersche Diphtheriebazillus unter bestimmten Kulturbedingungen die Ernst-Babesschen Körnchen mit größter Konstanz und Reichlichkeit bildet, und er gab eine Doppelfärbung an nach einer sehr handlichen Färbemethode. Im Jahre 1903 publizierte er eine Verbesserung in folgender Form:

Lösung a): Methylenblaupulver 1,0
Alkohol 20,0
Aq. dest. 1000,0
Acid. acet. glac. 50,0

Lösung b): Kristallviolett (Höchst) 1,0
Alkohol 10,0
Aq. dest. 300,0

von Lösung a) 2 Teile
von Lösung b) 1 Teil.

Färbungsdauer etwa 1 Sekunde, Abspülen in Wasser, sofortige Nachfärbung mit Chrysoidin (1 g in 300 ccm heißen Wassers gelöst und filtriert), Färbungsdauer etwa 3 Sekunden, Abspülen mit Wasser.

Diese Methode empfiehlt N. wieder, da sie die Form der Bazillen und Körnchen deutlich zeigt. Die Diagnose „Diphtheriebazillus“ läßt sich eben nur stellen, wenn im doppelt gefärbten Präparat typisch geformte Bazillen mit typisch geformten und gefärbten Körnchen vorhanden sind, wobei das „typische“ Bild freilich erlernt sein will.

Grätzer.

L. Schaps, Welchen Wert hat der Diphtheriebazillennachweis für die Diagnose der Diphtherie im Säuglingsalter? (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 1—3.) 9 Säuglinge, die ziemlich gleichzeitig an einer gleichartigen Rhinitis mit leicht blutig-serösem Ausfluß ohne Membranbildung und ohne diphtherische Folgeerscheinung erkrankten, zeigten sämtlich Diphtheriebazillen im Nasensekret. Die daraufhin untersuchten Pat. des Dresdener Säug-

lingsheims lieferten ohne jegliche Krankheitssymptome fast alle ebenfalls positiven Diphtheriebazillenbefund in der Nase. Injiziertes Diphtherieserum blieb ohne Einfluß auf die Rhinitis. Der Infektionsweg dieser kleinen Epidemie konnte nicht festgestellt werden. Sicher erfolgte er nicht durch Gegenstände, wahrscheinlich nicht durch die Luft, am ehesten durch eine dritte Person, vermutlich durch die Ammen, obwohl wiederholte Abstriche von der Haut der Mamma unmittelbar nach dem Trinken mit Diphtheriebazillen behafteter Säuglinge stets ein negatives Resultat ergeben haben. Fortgesetzte Untersuchungen haben gezeigt, daß ein Unterschied in der Disposition gegenüber Diphtheriebazillen bei natürlich und künstlich genährten Säuglingen nicht bestand.

Den Einwand, daß es sich bei der Rhinitis etwa um Pseudodiphtheriebazillen gehandelt haben könne, weist S. zurück, da sich kein Unterschied in der Morphologie und Virulenz gegenüber echten Diphtheriebazillen konstatieren ließ. Nach seiner Ansicht gewährt der bakteriologische Befund allein keine Sicherheit der Diagnose „Diphtherie", vielmehr ist auf die klinische Beobachtung der größte Nachdruck zu legen. Hier hat die bakteriologische Untersuchung eventuell erst zu Hilfe zu kommen. S. faßt den Diphtheriebazillus in den beschriebenen Fällen nur als einen unschädlichen Schmarotzer auf, der allerdings gelegentlich auch eine Diphtherie verursachen kann.

Hecker.

Pasquale Mazzeo, Über passive Immunität. (La Pediatria. X. 1904.) Aus den Versuchen des Verf.s geht hervor, daß bei Meerschweinchen eine mit 5 I.-E. Behringschen Diphtherieserums bewirkte Immunität 10—11 Tage währt, daß durch größere Mengen von Serum die Immunitätsperiode zwar verlängert werden kann, aber keine arithmetische Beziehung zwischen ihr und der injizierten Antitoxinmenge besteht. Tiere, die immunisiert waren und eine Einimpfung von Diphtherie überstanden haben, erweisen sich einer zweiten Infektion mit Diphtherie gegenüber als resistenter. F.

Kayser, Diphtherieantitoxinbestimmungen bei Mutter und Neugeborenem. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56. Heft 1 u. 2.) Bei einer Schwangeren, die etwa 4 Wochen vor der Entbindung eine Diphtherie durchgemacht hatte, ohne mit Einspritzungen behandelt zu werden, wurden post partum aus dem mütterlichen und dem kindlichen Blut Antitoxinbestimmungen unternommen. Es ergab sich dabei, daß das kindliche Serum gleich antitoxinreich war, wie das der Mutter. Die Milch dagegen war um das zehnfache antitoxinärmer als das mütterliche Serum. Bei der Annahme, daß die Antitoxine stickstoffhaltige Körper sind, weist dieser Befund darauf hin, daß ein nicht unbeträchtlicher Anteil der N-haltigen Substanz der Milch direkt aus dem Blut stammt. Freyhan (Berlin).

F. Wesener, Die Resultate der prophylaktischen Impfung mit Diphtherieheilserum im städtischen Mariahilf-Krankenhause zu Aachen. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 12.) W. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die prophylaktische Impfung mit Diphtherieheilserum ist ein Mittel, um der Weiterverbreitung der Diphtherie auf die Familienmitglieder, eventuell auch auf die Hausmitglieder vorzubeugen.

2. Der Schutz, den sie verleiht, ist kein absoluter, aber doch ein recht sicherer; er macht eine Isolierung der Erkrankten nicht überflüssig, gestattet aber doch, sie weniger streng durchzuführen.

3. Die Dauer des Schutzes ist eine beschränkte, im Mittel etwa 3—4 Wochen. Aber diese Schutzfrist genügt in vielen Fällen vollständig, wenn dafür gesorgt wird, daß die häusliche Schlußdesinfektion eine durchgreifende ist.

4. Wenn schutzgeimpfte Personen erkranken, sei es, daß die Infektion trotz der Schutzimpfung erfolgt, sei es, daß zur Zeit der Schutzimpfung schon eine Infektion vorlag, so ist der Verlauf meistens ein sehr leichter.

5. Zur Schutzimpfung genügten bei kleinen Kindern meistens und bei größeren oft 200 IE. Immerhin gewährt eine größere Menge wahrscheinlich auch einen größeren Schutz und würde es sich empfehlen, speziell wo jetzt das Heilserum billiger geworden ist, etwas höher zu gehen und vielleicht 300—400 IE. zur prophylaktischen Impfung zu verwenden, zumal ein Schaden bei den jetzt erforderlichen geringen Serummengen ausgeschlossen ist.

6. Für städtische Behörden ist es sowohl vom hygienischen wie pekuniären Standpunkte aus vorteilhaft, eine ausgedehnte Schutzimpfung einzuführen und konsequent durchzuführen. Zur Durchführung derselben haben die Krankenhäuser und die Armenärzte, aber auch die praktischen Ärzte erfolgreich mitzuwirken. Grätzer.

J. Ibrahim, Über Schutzimpfungen mit Diphtherieheilserum. (Aus der Universitätskinderklinik in Heidelberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 11.) Auf Grund seiner Beobachtungen kommt I. zu folgenden praktischen Ergebnissen:

1. Prophylaktische Heilseruminjektionen sollten in allen Familien, in denen Diphtherieerkrankungen vorkommen, an den gefährdeten Geschwistern, zum mindesten solchen unter 10 Jahren, vorgenommen werden. Besonders gilt das für die Kinder der Armen, bei denen eine Separierung a priori nicht durchführbar ist. Wenn der Wert der Schutzimpfungen allgemeiner bekannt und anerkannt sein wird, so werden auch Kassen und Armenbehörden sich der Erkenntnis nicht verschließen, daß die Schutzimpfung mit wesentlich geringeren Kosten verknüpft ist als die Notwendigkeit einer mehrwöchigen Behandlung im Falle einer nachträglichen Erkrankung.

2. In Pensionaten, Krippen, Idiotenanstalten, Findelhäusern usw., ferner in Kinderstationen von Krankenkäusern, kurz, überall wo eine größere Zahl von Kindern in geschlossenen Räumen vereinigt sind, müssen beim Auftreten eines Diphtheriefalles alle Kinder, zum allermindesten alle kranken und jüngeren Kinder (unter 12 Jahren), immunisiert werden.

3. Als immunisierende Dosis sind mindestens 250—300 IE., bei Kindern, die an anderen Infektionskrankheiten (Scharlach, Keuchhusten

und speziell Masern) leiden, mindestens 500 IE. zu injizieren. Für Säuglinge sind die gleichen Serumdosen unbedenklich anwendbar.

4. Auf Stationen für Diphtheriekranke oder auf Infektionsabteilungen, in welchen Mischinfektionen mit Diphtherie verpflegt werden, sind mindestens alle 4, besser alle 3 Wochen fortlaufende Immunisierungen vorzunehmen. Bei gefährdeten Masernkindern ist die Injektion eventuell alle 14 Tage zu wiederholen. Grätzer.

Marfan et **Le Play**, Recherche sur la pathogénie des accidents sérothérapiques. (Revue mens. des maladies de l'enfance. 1905. S. 193.) Die Autoren fassen die Ergebnisse ihrer klinisch-experimentellen Versuche, die sie unter Beifügung von ausführlichen Krankengeschichten bringen, folgendermaßen zusammen:

1. In den Fällen, wo die Seruminjektion keine Folgeerscheinung hat, gibt die Mischung des Blutserums der Kranken und Pferdeserums keine Präzipitinreaktion.

2. Ist die Seruminjektion von Nebenerscheinungen begleitet, die aber nicht sicher auf die Seruminjektion zu beziehen sind (scharlach- oder masernähnliches Erythem), so fehlt ebenfalls der Niederschlag.

3. Sind die Folgeerscheinungen mit Sicherheit der Seruminjektion zuzuschreiben (Urticaria, lokales Erythem, Athralgien, Myalgien usw.), so fehlt der Niederschlag, wenn es sich nur um leichte Grade dieser Störungen handelt. Sind dieselben aber stärker, mit Fieber verbunden, so zeigt sich eine Präzipitinreaktion, die gewöhnlich erst am zweiten Tage auftritt und dann mehrere Tage bestehen bleibt. Bei den leichteren Graden wird die Reaktion wohl vermißt, weil die Präzipitinbildung zu gering ist.

4. Wiederholte Einspritzungen von Diphtherieserum in therapeutischen Dosen rufen keine solche lokale Reaktion hervor, wie sie Arthus bei Kaninchen beobachtet hat.

5. Man kann aber solche lokale Störungen auch bei Menschen beobachten, wenn man bei solchen Kranken, die an fieberhafter, allgemeiner Urticaria infolge einer vorausgegangenen Injektion litten und deren Blut einen Niederschlag gab, weitere Injektionen macht. Man beobachtet dann vor Ablauf von 24 Stunden an der neuen Injektionsstelle eine rote, schmerzhafte Anschwellung, zuweilen auch Blutungen. Die Schwellung kann sich bis zu den regionären Lymphdrüsen fortsetzen. Zuweilen ist sie mit einer leichten Fieberbewegung verbunden; sie dauert in der Regel nicht lange, vereitert nicht und hinterläßt auch keine weiteren Folgen. Sie scheint hervorgerufen zu sein durch den Ausfall des injizierten Serums in den subkutanen Interzellulärräumen. Man beobachtet dann aber keine Urticaria oder andere Folgeerscheinungen.

6. Die Folgeerscheinungen steigern sich bei Wiederholung der Einspritzungen beim Menschen nicht. Man kann sie also nicht auf eine „Hypersensibilisation“ oder auf eine „Anaphylaxie“ zurückführen.

7. Ein Fall, in dem die Seruminjektion 3 Jahre hindurch in jedem oder wenigstens alle 2 Monate wiederholt wurde, beweist, daß die lokale Reaktion sich einstellen kann, ohne daß man Präzipitine

mit Blut findet. In diesem Fall scheint sich die Präzipitinbildung nur lokal abzuspielen. Schreiber (Göttingen).

Gettlich, Nebenwirkung von Diphtherieheilserum. (Przeglad lekarski. 1904. No. 33.) Anschließend an einen von Prof. Mya in Florenz beschriebenen Fall von hypoglottischem Ödem nach Diphtherieseruminjektion, beschreibt Verf. eine analoge Beobachtung.

Bei einem gesunden Kinde, dessen zwei Geschwister gleichzeitig an einer schweren Diphtheritis erkrankten, wurden gegen 11 Uhr vormittags 1000 E. Diphtherieserum (Bujwid) zu Immunisierungszwecken injiziert.

Nächsten Tag früh konstatierte man ein masernähnliches Exanthem, speziell am Stamme, mit geringen Ausläufern am Halse und den Extremitäten. Der ganze Rachen, weiche Gaumen, entzündlich gerötet und gelockert, auf denselben viele rote Pünktchen. Stimme heiser, Husten bellend, bei Atmen Stridor, wie im Anfangsstadium von Krupp. Temp. 38,6°. Das Kind, gestern noch gesund, liegt teilnahmslos, weint beim leisesten Berühren. Erbrechen. Abends Steigerung der Symptome, das Atmen ist angestrengter, Hustenstöße wie bei Krupp. Das Exanthem lebhafter. Im Halse jedoch weder Membranen noch ein Belag. Da die Stenoseerscheinungen zunahmen, wurde sogar an Intubation gedacht, das Kind schlief jedoch ruhig ein.

Tags darauf war das Atmen bedeutend ruhiger, das Exanthem blaßte ab, es traten bloß einzelne urticariaähnliche Quaddeln auf. Temp. 38°. Am dritten Krankheitstag war das Kind gesund. Die Untersuchung auf Löfflersche Diphtheriebazillen, am zweiten Krankheitstag vorgenommen, ergab negativen Befund.

Differentialdiagnostisch käme in erster Reihe diphtheritischer Krupp in Betracht. Abgesehen vom negativen bakteriologischen Befund und von der angewandten Heilseruminjektion betont G., daß das hohe Fieber, Erbrechen und allgemeine Prostration gegen diese Annahme spräche, zumal diphtheritische Membranen oder Auflagerungen nicht zu sehen waren. Gegen Masern, mit eventuell komplizierendem Krupp spricht das Fehlen der Prodrome, die Lokalisation und kurzes Stehen des Exanthems. Es kann sich bloß um ein Serumexanthem handeln, wobei die Erscheinungen im Larynx und Pharynx, analog dem Falle von Prof. Mya, als ein hypoglottisches Ödem, hervorgerufen durch die Wirkung des eingespritzten Serums aufzufassen wäre.

Gabel (Lemberg).

Pillon (Vézelay), Paralysie diphthérique tardive guérie par les injections de sérum. (Archives de méd. des enfants. Janvier 1905.) Es handelte sich um ein 28 Monate altes Mädchen, welches an Fieber, Erbrechen, Schluckbeschwerden und zahlreichen Bläschen an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut gelitten hatte. Etwa einen Monat später trat Näseln auf, die genossenen Flüssigkeiten kamen durch die Nase zurück, auch entwickelte sich eine auffallende Schwäche der Nackenmuskulatur. Der Verf. nahm an, daß die vorhergehende fieberhafte Krankheit Diphtherie gewesen war und begann, gemäß den Empfehlungen von Comby, die Behandlung der Lähmung mit subkutanen Injektionen von antidiphteritischem Serum. Es wurden

innerhalb dreier Tage 20 ccm eingespritzt und war der Erfolg ein fast gleichzeitiger: die Sprache wurde reiner, das Schlucken erfolgte leicht und nach etwa 2 Wochen, während welcher Zeit Pat. auch noch Tinct. nuc. vomic. eingenommen hatte, waren alle krankhaften Symptome verschwunden. Dieser Fall und andere fünf von Comby veröffentlichte würden also darauf hindeuten, daß das antidiphtheritische Serum auch die postdiphtheritischen Erkrankungen günstig beeinflussen kann, daß man also in allen diesen Fällen subkutane Serumeinspritzungen machen soll. E. Toff (Braila).

Enriquez et Hallion, Intoxication diphtérique et lésions gastriques. (Ann. de Méd. et Chir. infant. 1905. S. 263.) Gegenüber Hayem, der nach intravaskulären Injektionen von Diphtherietoxin Atrophie der Magendrüsen beobachtete, betonen die Verff., welche nach subkutanen Injektionen eine ulzeröse Gastritis mit vaskulären Veränderungen fanden, daß der Unterschied in den Ergebnissen wohl durch die Verschiedenheit der Injektionsmethoden zu erklären sei. Sie glauben aber, daß sich die von ihnen gesetzten Veränderungen mehr den bei Menschen vorkommenden Verhältnissen anpassen. Jedoch kommen auch die von H. beobachteten Läsionen am Magen bei menschlicher Diphtherie zur Beobachtung. Schreiber (Göttingen).

L. Babonneix, Diphtérie et tétanie. (Revue mensuelle des mal. de l'enfance. Janvier 1905.) Man nimmt allgemein an, daß in der Entwicklung der Tetanie die Infektionen eine ebensolche Rolle spielen können, wie die Intoxikationen. Wenn dies für verschiedene infektiöse Krankheiten, wie Typhus, Dysenterie, Keuchhusten, Blattern, Masern, Scharlach, Malaria, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza und Pneumonie nachgewiesen worden ist, so kann man nicht dasselbe auch von der Diphtherie behaupten. Viele einschlägige Fälle können einer strengen Kritik nicht Stand halten; trotzdem konnte B. in der Literatur, wenn auch sehr seltene, doch unwiderlegliche Fälle auffinden, wo ein kausaler Zusammenhang zwischen Diphtherie und Tetanie festgestellt werden konnte. Er schließt hieraus, daß man eine postdiphtheritische Tetanie, oder besser gesagt einen Pseudotetanus diphthericus annehmen kann. In praktischer Beziehung ist dies von Wichtigkeit, da man durch rechtzeitig vorgenommene therapeutische Maßnahmen eine Heilung des Zustandes herbeiführen kann. Man stellt gewöhnlich bei jedem Neugeborenen, welcher Kontrakturen darbietet, die Diagnose Tetanus und betrachtet den Fall als verloren, während es sich um die in Rede stehende Krankheitsform handeln kann, wie in einem Falle von Bitot, wo Diphtheriebazillen von der Nabelwunde gezüchtet werden konnten und das an Starrkrampf leidende Kind nach vorgenommenen Einspritzungen von antidiphtheritischem Serum gesund wurde. E. Toff (Braila).

L. Wolff (Frankfurt a. M.), Über die Beziehung der Rhinitis fibrinosa zur Diphtherie. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 2.) W. beobachtete drei Fälle. Im ersten handelte es sich um einen Knaben von $7^1/_2$ Jahren, bei dem acht Tage vorher eine Halsaffektion („Halsweh") vorausging, der dann die Rhinitis fibrinosa folgte.

Zwölf Tage später erkrankte dessen Schwester an schwerer Halsdiphtherie. Die beiden anderen Fälle betrafen zwei Geschwister, die kurz nacheinander Rhinitis fibrinosa bekamen, gleichzeitig auf den Mandeln einen dünnen Belag hatten. In allen drei Fällen verlief die Affektion ganz harmlos und rein lokal, bei ungestörtem Allgemeinbefinden. Bei allen drei Fällen wurden in den Nasenmembranen echte Diphtheriebazillen nachgewiesen, im letzten auch auf dem Tonsillenabstrich. Alle drei Patienten genasen nach Einspritzung von Behrings Heilserum No. III. — Diese Fälle zeigen wieder, daß die so unschuldig erscheinende Rhinitis fibrinosa durchaus nicht unschuldig ist, daß man diese Affektion von schwerer Nasendiphtherie nicht so streng scheiden darf, wie es vielfach geschieht. Freilich dürfte es praktisch nicht durchführbar sein, an gewöhnlichem Schnupfen Erkrankte oder gar Gesunde, bei denen wir Diphtheriebazillen finden, als Diphtheriekranke anzusehen und zu behandeln; jedenfalls sollte man aber, wenn zu dem positiven Bazillenbefund noch die spontane Bildung einer auf Diphtherie verdächtigen Membran hinzukommt, die Erkrankung ohne Rücksicht auf die geringen Allgemeinsymptome nicht als eine gutartige betrachten. Wahrscheinlich liegt bei fast allen Fällen von Rhinitis fibrinosa Diphtherie vor, und wir müssen jeden Fall trotz des abweichenden Bildes von der Rachendiphtherie behandeln wie echte Diphtherie und auch in prophylaktischer Hinsicht wie bei dieser verfahren.

Grätzer.

H. Dietlen, Über Herzdilatation bei Diphtherie. (Aus der mediz. Klinik in Greifswald.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 15.) D. hat von 65 Diphtheriefällen, die er in $4^1/_2$ Monaten beobachten konnte, 47 mit dem Moritzschen Orthodiagraphen in horizontaler Rückenlage untersucht. Von diesen 47 zeigten 20 myokarditische Erscheinungen verschiedenen Grades. Bei 15 von diesen, also in 75 % der Myokarditis und 32 % des Gesamtmaterials, konnte D. Herzdilatationen verschiedensten Grades orthodiagraphisch nachweisen.

D. schildert acht Krankheitsfälle, von denen jeder etwas Interessantes darbot, genauer, und zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

Die diphtheritische Myokarditis setzt durchschnittlich in der ersten Hälfte der zweiten Krankheitswoche ein. Sie führt nicht selten — bei obigem, allerdings nicht sehr umfangreichen Beobachtungsmaterial in 45 % — zu Dilatation des Herzens verschiedensten Grades. Diese Dilatation erreicht meist allmählich, nicht mit einem Schlage, ihre größte Ausdehnung, sie setzt in der Regel mit dem Auftreten der Myokarditis, also in der zweiten Krankheitswoche ein, ausnahmsweise aber schon ehe Pulsveränderungen deutlich werden, und erreicht ihren Höhepunkt mit der stärksten Ausbildung der Myokarditis, etwa in der dritten Krankheitswoche, und ist meist begleitet von diffusem Spitzenstoß, sichtbarer Herzpulsation im 2.—4.—7. Raum, Unrein- oder Gespaltenwerden der Herztöne, Akzentuierung des zweiten Pulmonaltones, sehr häufig auch von einem blasenden systolischen Geräusch verschiedener Intensität.

Die Dilatation bildet sich in den meisten Fällen wieder zurück, meist schon in der vierten Krankheitswoche, durchschnittlich 8 bis 14 Tage, nachdem sie ihren Höhepunkt erreicht hat. Die Rückbildung ist um diese Zeit nur selten schon eine vollständige (in 14 Fällen nur 2 mal), meist nur eine teilweise von ungefähr der Hälfte der Ausdehnung. Wie weit die Dilatation später noch zurückgeht, entzieht sich D.s Urteil, da die beobachteten Kinder zum großen Teil nicht wieder untersucht werden konnten. Es scheint aber nach den wenigen Beobachtungen, über die D. verfügt, nicht ganz unwahrscheinlich, daß sich ein Teil der Dilatationen überhaupt nicht mehr ganz zurückbildet.

Der Grad der im einzelnen Falle bestehenden Pulsveränderungen ist kein Gradmesser für die Größe der Dilatation, da einerseits auch bei ganz leichten Pulserscheinungen beträchtliche Dilatation eintreten, andererseits bei schwereren Pulsstörungen die Dilatation nur gering ausfallen kann.

Über die absolute Größe der Dilatation gibt die Perkussion allein nicht immer sicheren Aufschluß; leichte Dilatationen können der Perkussion auch ganz entgehen.

Das orthodiagraphische Verfahren stellt mithin, wo sich die äußeren Bedingungen für seine Anwendung finden, ein wichtiges Hilfsmittel für die Erkennung und Beurteilung der myokarditischen Herzdilatationen dar. Prognostisch wichtig ist, daß auch ganz hochgradige Dilatationen keineswegs unbedingt schlechte Aussichten bieten, sondern in Heilung übergehen können. Andererseits gibt aber der Anblick dieser hochgradig erweiterten Herzen mit offenbar ganz dünn ausgezogener Muskulatur eine eindrucksvolle Vorstellung von der Lebensgefahr, der solche Pat. durch drohende Herzlähmung ausgesetzt sind.

Einem dringenden Gebot der Vorsicht dürfte es entsprechen, Diphtheriekranke mit Herzdilatationen erst dann aufstehen zu lassen, wenn die Dilatation sich ganz oder wenigstens bis zu einer stabilen Grenze zurückgebildet hat. Grätzer.

R. Gottlieb, Über die Herz- und Gefäßwirkung des Diphtheriegiftes. (Aus dem pharmakolog. Institut der Universität Heidelberg.) (Medizin. Klinik. 1905. No. 25.) G. schließt seine sich auf Tierexperimente stützende Arbeit mit den Worten:

„Wir kommen somit zu der Auffassung, daß das Diphtherietoxin nach dem Typus zentral lähmender Gifte meist durch Versagen des Respirationszentrums tötet. Die gleichzeitig sich entwickelnde Kreislaufstörung beruht in einem ersten Stadium vornehmlich auf Gefäßlähmung, im weiteren Verlaufe gesellt sich aber auch direkte Herzlähmung hinzu. Gewiß ist die zeitliche Aufeinanderfolge dieser Symptome im Einzelfalle recht verschieden. Hierin gleicht das Diphtherietoxin anderen zentrallähmenden Giften, die endlich auch das Herz ergreifen, z. B. dem Chloralhydrat. In manchen Fällen kann die Vasomotorenlähmung längere Zeit bestehen, bis die Schädigung des Herzens hervortritt, in anderen Fällen werden sich bald Störungen

der Atmung und des Herzens hinzugesellen und bei minder widerstandsfähigen Herzen kann es sogar zu raschem Herztod kommen.

Die Frage, ob sich diese Ergebnisse auf die menschliche Pathologie übertragen lassen, ist unbedingt zu bejahen, aber noch schwerer als im Tierexperiment wird sich hier auseinanderhalten lassen, welcher Anteil an der Kreislaufschwäche der Gefäßlähmung und welcher einer direkten Giftwirkung auf das Herz zuzuschreiben ist. Vielleicht kann da das Verhalten der Pulsfrequenz einen Anhalt geben. Bei reiner Gefäßlähmung ist der Puls frequent, während schon Naunyn darauf aufmerksam macht, daß Pulsverlangsamung im Kollaps auf wirkliche Herzschwäche bei Diphtheritis hinweist. Auch für den Praktiker sind diese Verhältnisse von Interesse, wenn er sich über die Ursachen der am Krankenbette beobachteten Erscheinungen Rechenschaft geben will. Auch kann seine Auffassung mitbestimmend für das therapeutische Handeln sein und in dieser Richtung wäre es erneuter Versuche wert, neben Kampfer auch die subkutane Injektion rasch wirkender Digitalissubstanzen z. B. Strophantin bei jenen Formen der Kreislaufstörung in Infektionskrankheiten anzuwenden, bei denen das Herz direkt beteiligt zu sein scheint." Grätzer.

C. Taddei, Arteriendruck bei der Diphtherie. (Rivista di Clinica Pediatrica. XII. 1904.) Die Lähmung des arteriellen Druckes bei der Diphtherie hat einen großen praktischen Wert, weil Veränderungen desselben in direktem Verhältnis zu der Schwere der Intoxikation stehen. Von größter prognostischer Bedeutung ist das Verhalten des arteriellen Druckes hinsichtlich der Komplikationen von seiten des Myokards, da es uns anzeigt, bis zu welchem Grade die Funktionalität des Herzens affiziert ist. Ein erhebliches und schnelles Ansteigen des arteriellen Druckes ist ein konstanter Hinweis auf eine Komplikation seitens des Respirationsapparates. Beim Krupp erreicht die sphygmomanometrische Zahl vor der Intubation immer höhere Werte, deren Maximum im Moment der Operation erreicht wird; danach nehmen die Werte allmählich ab. F.

P. Rosenberg (Berlin), Über den Wert des Formaldehyds für die interne Therapie. (Die Therapie der Gegenwart. Februar 1905.) R. benutzt jetzt stets die Formaminttabletten, welche 0,01 g Formaldehyd enthalten, an Milchzucker und Menthol gebunden, und zwar mit sehr zufriedenstellendem Erfolge. In den letzten 7 Monaten behandelte er damit 45 Fälle von Angina, 6 von Diphtherie, 7 von Scharlach, 2 von Erysipel, 2 von Cystitis und einen von Pyämie.

Bei Angina und Diphtherie wurde nichts anderes therapeutisch angewandt, als jene Tabletten. Nur in den Fällen von Angina, wo übler Geruch aus dem Munde vorhanden war, verordnete R. noch folgendes Gurgelwasser:

Rp. Formalin. 10,0
Tct. Ratanh. 5,0
Menthol. 2,0
Spirit. vin. ad 100,0
S. $^1/_2$—1 Teelöffel auf $^1/_4$ l Wasser.

In allen Fällen war spätestens nach 3 tägiger Medikation der Belag sowohl, wie die Temperatursteigerung, die in einzelnen Fällen über 40° betragen hat, geschwunden; oft war das schon nach 2 Tagen zu beobachten, und in 3 Fällen konnte man fast von einer Kupierung sprechen.

Beim Scharlach ging die Temperatur nicht in der typischen Kurve zurück, sondern fiel (nach 3 tägiger Medikation meist) plötzlich ab zur Norm; auch wurde hier das Allgemeinbefinden und der ganze Verlauf auffallend günstig beeinflußt, akzidentelle Erkrankungen traten nie hinzu, und das Befinden der Pat. war schon vor Ablauf der ersten Woche ein sehr gutes. Ein 7 jähriger Knabe z. B. erkrankte mit starker Angina, Erbrechen und hohem Fieber (40,2°). Noch am Abend der Erkrankung begann die Behandlung; Pat. erhielt, solange er wach war, $^1/_2$ stündlich, in der Nacht sobald er erwachte und vom nächsten Morgen ab stündlich 1 Tablette. Am zweiten Tage Angina geschwunden, Temperatur 36,8° (im After), Allgemeinbefinden sehr gut, reger Appetit vorhanden. Pat. erhielt von nun ab 2 stündlich 1 Tablette und sollte am dritten Tage das Bett verlassen, als ein ausgesprochenes Scharlachexanthem auftrat, ohne Temperatursteigerung, ohne Störung des Allgemeinbefindens. Nach 2 Tagen war das Exanthem weg. Pat. erhielt noch einige Tage 2 stündlich 1 Tablette. Ein anderes Kind war am zweiten Tage zu dem Pat. gelassen worden; es erkrankte 12 Tage später an regulärem Scharlach.

Auch bei Pyämie, Erysipel, Cystitis war die Wirkung der Tabletten eine prompte.

Der Erfolg dieser Therapie hängt allerdings sehr ab von der Dosierung, mit der man nicht ängstlich sein darf. Bei akut fieberhaften Krankheiten fängt man am besten mit $^1/_2$ stündlichen Gaben von 1 Tablette an, geht, nachdem 6—8 Stück genommen sind, zu stündlichen Gaben über und bleibt dabei, bis die Temperatur normal bezw. die objektiven Krankheitserscheinungen geschwunden sind. Dann gibt man noch einige Zeit 2—3 stündlich 1 Stück. Kinder über 2 Jahren erhalten erst 3—4 Tabletten in $^1/_2$ stündlichen Pausen, dann weiter wie Erwachsene 1—2 stündlich 1 Stück. Jüngere erhalten 2 stündlich 1 Tablette, in 1 Löffel lauwarmen Wassers gelöst. Bei Halsaffektionen müssen die Tabletten langsam wie Bonbons im Munde aufgesogen werden, sonst kann man sie zerkauen oder erst auflösen, aber nicht im ganzen verschlucken. Grätzer.

Antonino Longo, Über den Glottisspasmus bei der Intubation. (Rivista di Clinica Pediatrica. November 1904.) Die 5 Fälle, die Verf. mitteilt, sollen zeigen, daß der Spasmus bei der Intubation durchaus keine quantité négligeable vorstellt. In allen Fällen handelte es sich um diphtheritische Stenosen. In 2 Fällen war der Spasmus nach dem Intubationsversuch so, daß die Kinder sofort starben und zwar konnte in dem einen Fall überhaupt keine Tracheotomie mehr ausgeführt werden, in dem zweiten führt diese zu keinem Resultat mehr. Eine wichtige Rolle bei dem Entstehen dieser Spasmen scheint besonders die Wiederholung der Intubationsversuche zu spielen. F.

P. M. Kuchterin, Über die Veränderungen in der kindlichen Milz bei Scharlach, Diphtherie, Masern und Gastroenteritis. (St. Petersburger Dissertation. 1904.) Verf. untersuchte die Milz in 6 Fällen von Scharlach, in 7 von Diphtherie, in 7 von Masern und in 8 von Gastroenteritis. Milzvergrößerung fand der Autor bei Scharlach, Diphtherie und Gastroenteritis; bei Masern war die Milz fast stets von normaler Größe. In sämtlichen Fällen war sie mehr oder weniger hyperämisch, weich, die Pulpa konnte leicht abgestreift werden. Bei der mikroskopischen Untersuchung wies die Milz entzündliche Erscheinungen auf, die Gefäße waren erheblich hyperämisch, im Gewebe wurden nicht selten in großer Anzahl rote Blutkörperchen gefunden, bisweilen kamen Hämorrhagien zur Beobachtung. Die zelligen Elemente der Pulpa und der Malpighischen Körperchen waren mitunter degeneriert, die Gefäßwände zellig infiltriert, das Gefäßendothel gequollen. Demnach sind die Veränderungen in der Milz bei Scharlach, Masern und Diphtherie rein parenchymatöser Natur, zeigen Neigung zu vollständiger Regeneration und verschwinden spurlos nach erfolgter Genesung. Bei akuter Gastroenteritis der Säuglinge hingegen gesellen sich zu den parenchymatösen bisweilen auch interstitielle Veränderungen hinzu, die zu einer interstitiellen Splenitis führen können. A. Dworetzky (Moskau).

B. A. Korableff, Über die Veränderungen der Lymphdrüsen bei Diphtherie, Scharlach und Gastroenteritis. (St. Petersburger Dissertation. 1904.) Der Autor untersuchte die Lymphdrüsen in 5 Fällen von Rachendiphtherie, in 5 von Scharlach, in 8 von Masern und in 11 von Gastroenteritis. Bei Rachendiphtherie entwickelt sich in den Halslymphdrüsen eine parenchymatöse Entzündung, deren charakteristische Eigentümlichkeit eine Ablagerung von netzförmigen Fibrinmassen in den Gefäßen, Follikeln und Lymphsinus bildet. Bei Scharlach weist die Entzündung der Lymphdrüsen keine spezifischen Besonderheiten auf; in den Halsdrüsen wird das gewöhnliche Bild der hyperplastischen Lymphadenitis beobachtet. Die morbillöse Adenitis zeichnet sich durch eine Vermehrung der Follikel und Hyperplasie ihrer zelligen Elemente aus. Die akute Gastroenteritis kleiner Kinder bedingt in den Mesenterial- und Inguinaldrüsen die Entwicklung der den Infektionskrankheiten eigentümlichen parenchymatösen Entzündung und überdies die Wucherung der spindelförmigen Elemente in dem bindegewebigen Stroma der Drüsen. Von sämtlichen genannten Krankheiten besitzt eine ernste und unmittelbare Bedeutung für die Ätiologie der chronischen Hyperplasie der peripheren Lymphdrüsen nach des Verf. Anschauung bloß die Gastroenteritis.

A. Dworetzky (Moskau).

E. Rossiwall und **B. Schick,** Über spezifische Agglutination von Streptokokken aus Scharlachanginen und extrabukkalem Primäraffekt. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 1.) Es ist den Verff. gelungen, in einem sicheren extrabukkalen Scharlachfalle mit nach außen abgeschlossenem Primäraffekte Streptokokken in Reinkultur nachzuweisen, die durch Scharlachserum Moser spezifisch hoch agglutiniert werden. Außerdem war es ihnen in weiteren 11 Fällen

möglich, im regulären Primäraffekt, i. e. Scharlach angina, neben anderen, nicht agglutinierbaren Streptokokken solche zu finden, die von Scharlachserum Moser in gleicher Weise spezifisch agglutiniert wurden. Daraus folgt, daß die in den Belägen der Scharlachangina nachweislichen Streptokokken nicht einheitlich sind, sondern verschiedenen, durch Agglutination unterscheidbaren Gruppen angehören.

Die Anhänger der Auffassung des Scharlachs als spezifische Streptokokkeninfektion werden daraus weiters den Schluß ziehen, daß nicht jeder Streptococcus, den man aus einer Scharlachangina züchtet, auch mit dem Scharlachprozeß in Zusammenhang zu bringen ist; die acht agglutinierbaren Stämme wären in eine Linie zu setzen mit den bei anderen Erkrankungen und speziell auch bei gesunden Individuen auf den Tonsillen nachweisbaren Streptokokken.

Grätzer.

Detot et **Bourcart** (Paris), Recherches sur l'agglutination du streptocoque dans la scarlatine. (Revue mens. des malad. de l'enf. Février/Mars 1905.) Die Verf. haben über obiges Thema zahlreiche Experimente angestellt, die sie im Original ausführlich beschreiben, und gelangten auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen:

I. Die Agglutination des von Scharlachkranken gewonnenen Streptococcus durch das Scharlachserum kann unzweifelhaft positiv ausfallen, doch ist diese Reaktion wechselnd und unbeständig.

II. Jedwedes Serum, sowohl das normale, als auch das von solchen Kranken, die an anderen Infektionen als Scarlatina leiden, kann eine agglutinative Wirkung auf Scharlachstreptokokken haben. Diese agglutinative Kraft, obwohl vielleicht auch wechselnd und unbeständig, kann in vergleichenden Untersuchungen viel schwächer sein, als diejenige des Scharlachserums, mitunter derselben aber gleich sein.

III. Man findet dieselben Resultate, selbst wenn man verschiedene Untersuchungsmethoden anwendet.

IV. Ähnliche Untersuchungen, welche mit, von anderen Infektionen, als die Scarlatina, herstammenden Streptokokken angestellt wurden, führen zu gleichen Schlüssen.

V. Die erzielten Resultate können zu keiner praktischen Anwendung der Serodiagnose bei Streptokokkeninfektionen führen und auch keine Schlüsse mit Bezug auf die Spezifität des Streptococcus bei Scarlatina gestatten.

E. Toff (Braila).

Charles W. Duwal, Die Protozoen des Scharlachfiebers. (Aus dem städt. Krankenhaus in Philadelphia und dem Stadtkrankenhaus in Boston.) (Virchows Archiv. Bd. 179. Heft 3.) Verf. untersuchte den zellfreien Inhalt von nach eigner, neuer Methode erzeugten Hautblasen bei Scharlachkranken. Er konnte darin Gebilde nachweisen, die denen von Mallory in der Haut von Scharlachleichen gefundenen protozoenähnlichen Zellen gleichen. Auch er hält die Gebilde, von denen Photogramme und farbige Zeichnungen gebracht sind, für Protozoen und zwar für die Erreger des Scharlachfiebers. Er gründet die Protozoennatur der fraglichen Zellen auf morphologische Eigenschaften. Daß sich die Protozoen nur in 5 von 18 Fällen fanden, führt

Verf. auf seine im Anfang mangelhafte Technik zurück. Untersuchungen an frischem Materiale werden in der Arbeit nicht erwähnt.

Bennecke (Marburg).

Jochmann, Bakterienbefunde bei Scharlach und ihre Bedeutung für den Krankheitsprozeß. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56. Heft 3 u. 4.) Der Verf. hat sich der Aufgabe unterzogen, alle Daten zu beleuchten, die sich auf die Bakteriologie des Scharlachs beziehen und die einer ernsthaften Kritik stand halten, sowie namentlich zu untersuchen, welche anatomischen Veränderungen den gefundenen Bakterien zuzuschreiben sind. Vor allen Dingen handelt er die Streptokokken ab, da diese beim Scharlach eine wichtigere Rolle spielen als alle anderen Bakterien. Nach seiner Überzeugung haben die beim Scharlach gefundenen Streptokokken keinerlei morphologische und biologische Eigenschaften, die sie von den gewöhnlichen eitererregenden Streptokokken unterscheiden. Eine Spezifität besitzen sie nicht, wenn auch zugegeben werden muß, daß sie die häufigsten und gefährlichsten Erreger von Sekundärinfektionen bei dieser Krankheit sind.

Freyhan (Berlin).

W. Palmirski und **B. Zebrowski,** Über Scharlach in bakteriologischer Hinsicht, und über antiskarlatinöses Serum. (Medycyna 1905. No. 2, 3, 4, 5.) Anknüpfend an die in den früheren Arbeiten dargelegten Ergebnisse suchen die Verff. in erster Reihe die Spezifität des Streptococcus conglomeratus bei der Scharlachinfektion nachzuweisen. — In 17 daraufhin anläßlich der Nekropsie untersuchten Fällen wurde fast stets die Anwesenheit obenerwähnten Streptococcus in den inneren Organen nachgewiesen, konform den Angaben von Kürth und Klein.

Drei Fälle davon, bei denen der Streptococcus bloß in den Lungen nachzuweisen war, waren im Verlaufe als Scarlatina fulminans charakterisiert, so daß unwillkürlich der Gedanke auftritt, ob es sich nicht bei diesen Formen, ähnlich wie bei der Pest, um eine pulmonale Infektion handelt.

Bei einem Fall von septischer Skarlatina war der Str. conglomeratus in allen Organen nachweisbar, in den zahlreich aufgetretenen Furunkeln und Phlegmonen konnten noch zu Lebzeiten Reinkulturen des Streptococcus gezüchtet werden.

In zwei Fällen von chronischem Verlaufe war das bakteriologische Untersuchungsergebnis ein negatives, was mit den diesbezüglichen Angaben Mosers übereinstimmt. Auch im serös-eitrigen pleuritischen Exsudat, in den vereiterten Lymphdrüsen, in der sich schälenden Epidermis wurde die Anwesenheit des Streptococcus nachgewiesen.

Allerdings heben die Verff. selbst hervor, daß eine genaue Differenzierung dieses Streptococcus von anderen zu dieser Gruppe gehörenden Mikroben nicht genau durchzuführen ist, so daß sie selbst, um ein wirksameres Serum zu erhalten, raten, bei der Immunisierung sich mit Streptokokken verschiedener Abstammung zu bedienen.

Zur genauen Darstellungsart des Serums übergehend, wollen wir hier auf die praktischen Erfolge vorgenommener Injektionstherapie hinweisen.

Von 1903 wurden bis nun etwa 1000 Kinder mit dem Serum geimpft.

Davon wurden 144 auf der Scharlachabteilung des Warschauer Spitals behandelt.

Von diesen 144 Fällen wollen Verff. 11 Fälle eliminiert wissen, bei denen der Exitus in 2—12 Stunden erfolgte, wo von der Einwirkung des injizierten Serums noch keine Rede sein konnte. Es restieren also 133 Fälle.

Berücksichtigt man sämtliche klinische Erscheinungen, so konnte man den nächsten Tag nach erfolgter Injektion eine Besserung des Allgemeinbefindens beobachten; die Kranken fühlen sich wohler und trotzdem ein Temperaturabfall nachzuweisen ist, wird der Puls voller und langsamer. Der weitere Verlauf der Krankheit ist ein normaler, so daß das Kind durchaus nicht den Eindruck eines schwerkranken macht.

Verff. teilen die beobachteten Scharlachfälle in zwei Gruppen ein; wo außer Fieber und Exanthem bloß eine einfache Angina nachweisbar war, war der Erfolg der Injektion ein eklatanter; bei komplizierender exsudativer oder nekrotischer Halsentzündung tritt die Besserung langsam ein, bis die eventuelle Entleerung angesammelten Lymphdrüsen- oder Paukenhöhleneiters die endgültige Entfieberung mit sich bringt.

Besonders heben Verff. den günstigen Einfluß dieser Therapie auf komplizierende Nephritiden hervor; von den obenerwähnten 133 Fällen bekamen bloß 3 % Nephritis als Komplikation gegen 13 % der mit Moserschem Serum behandelten Scharlachfälle.

Von diesen 133 Fällen starben 20, was einer Mortalität von 15 % gleichkommt. Bemerkt muß werden, daß es sich hauptsächlich um schwere Fälle gehandelt hat, deren Mortalitätsverhältnis Verff. sonst als 60—70 % annehmen.

Verff. raten, das Serum so rasch wie möglich anzuwenden, die Menge beträgt für 1—2 jährige Kinder 25 ccm, für ältere 50 ccm mit dem Vorbehalt einer nachträglichen ebenso starken Injektion, wenn am nächsten Tage keine Besserung eintritt. Gabel (Lemberg).

L. Mendelsohn, Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum. (Aus dem Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 12.) Die Versuche mit dem Aronsonschen Antistreptokokkenserum fielen nicht sehr befriedigend aus. Allerdings zeigte das Serum bei richtiger Anwendung nur die Nebenwirkungen — in einigen Fällen allerdings in recht erheblichem Grade —, welche man bei den Sera überhaupt kennt. Bei den 144 injizierten Fällen traten bei 47 (= 32 %) Spritzexantheme auf, und zwar zwischen dem 6. und 17. Tage nach der Injektion. Gelenkaffektionen kamen 10 mal zur Beobachtung, davon 6 mal mit gleichzeitigem Spritzexanthem. Die Erfahrung lehrte, daß Affektionen des Herzens eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Serums bilden.

Was den therapeutischen Effekt des Serums anbelangt, so hatte

dasselbe keinen wesentlichen Einfluß auf die Scharlachsymptome, die malignen Scharlachfälle ferner, desgleichen die septischen starben, ob injiziert oder nicht, und auch die gewöhnlichen Komplikationen des Scharlachs wurden nicht abgehalten. Grätzer.

F. Ganghofner, Über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 14 u. 15.) G. hat eine Anzahl schwerer Scharlachfälle teils mit Aronsonschem, teils mit Moserschem Serum behandelt. Einzelne günstige Eindrücke, namentlich bei Benutzung des letzteren, waren ja vorhanden, im allgemeinen aber schienen beide keinen besonderen Einfluß auszuüben. Nun wurde möglicherweise beim Aronsonschen Serum die Dosis zu klein genommen, und beim Moserschen lag vielleicht zufällig ein nicht vollwertiges Serum vor, auch war die Anzahl der behandelten Fälle keine so große, daß man bindende Schlüsse aus den gewonnenen Resultaten ziehen könnte. G. würde daher bei nächster Gelegenheit seine Versuche wieder aufnehmen. Grätzer.

Pawloswky und **Sacharoff,** Über vier mit Moserschem Antistreptokokkenserum behandelte Scharlachfälle. (Vortrag, gehalten in der Sektion für Bakteriologie der kaiserl. Gesellschaft für Naturkunde, Anthropologie und Ethnologie in Moskau 17. April 1904.) In der Moskauer Universitäts-Kinderklinik wurden 4 Fälle von schwerem Scharlach mit dem Moserschen monovalenten Antistreptokokkenserum behandelt. Die Injektionsdosis betrug 200 ccm. Unter dem Einflusse des Serums gingen die nervösen Erscheinungen zurück, das Allgemeinbefinden besserte sich, die Temperatur sank und der Puls wurde regelmäßiger; das Exanthem zeigte keine weitere Ausbreitung, während die Rachenbeläge anfänglich sogar größer wurden. Drüsenabszesse, Otitis media, Nephritis wurden in keinem Falle beobachtet, während bei anderen, nicht gespritzten Scharlachpat. mit leichteren Erkrankungsformen Mittelohr- und Nierenentzündungen sich einstellten. Als Nebenwirkung des Heilserums waren in 3 Fällen Exantheme (Urticaria) und Gelenkschmerzen zu verzeichnen. Sowohl im Interesse der Kranken als auch in dem der Wissenschaft ist eine ausgedehnte Verwendung des Moserschen Scharlachserums entschieden zu befürworten. A. Dworetzky (Moskau).

G. N. Speransky, Zur Anwendung des Moserschen Serums bei Scharlach. (Medizinskoje Obosrenije. 1904. No. 21.) Das Mosersche Serum wurde in der Dosis von 200 ccm in einem äußerst schweren Falle von Scharlach bei einem 9jährigen Mädchen angewendet, welches in der Folge genas. Autor konstatiert die unbestreitbare Tatsache, daß unter der Serumeinwirkung die Genesung bei weitem schneller vor sich ging als sonst. Die Regulierung der Herztätigkeit ist unbedingt der Injektion zuzuschreiben. Besonders in die Augen fallend war der Einfluß des Serums auf den Allgemeinzustand: die Intoxikationserscheinungen schwanden sehr rasch. Die die Grundkrankheit komplizierende Otitis und Lymphadenitis verlief dank der Serumeinspritzung ungemein günstig. Auf Grund aller dieser Umstände spricht sich der Verf. dahin aus, daß bei der Wendung

zum Bessern das Scharlachserum das ausschlaggebende Moment gewesen ist.

A. Dworetzky (Moskau).

W. A. Samgin, Zur Kasuistik der Scharlachbehandlung mit dem Moserschen Serum. (Medizinskoje Obosrenije. 1904. No. 12.) Der Fall des Autors (12jähriges Mädchen) gehörte angesichts des stürmischen Beginns, der stark ausgeprägten Gehirnerscheinungen, des Auftretens von Delirien bei offenen Augen bereits am dritten Krankheitstage, des gangränösen Zerfalles in der Nase, des hochgradigen Ödems des weichen Gaumens und des Halszellengewebes, des stark beschleunigten Pulses (160 in der Minute) zu den allerschwersten Scharlachformen. Die Seruminjektion wurde erst dann vorgenommen, als der Ausschlag bereits in voller Blüte stand, und nichtsdestoweniger sank die Temperatur nach 36 Stunden um 2 Grad und war bis zum Auftreten des Serumexanthems fast vollkommen normal. Ebenso ging der Puls im Laufe von 36 Stunden um 60 Schläge zurück. Der Prozeß in der Nase zog trotz seiner hochgradigen Entwicklung die Ohren nicht in Mitleidenschaft. Alle diese Erscheinungen sprechen dafür, daß im Falle des Autors das Mosersche Scharlachstreptokokkenserum auf den Verlauf der Erkrankung von allergünstigstem Einfluß gewesen ist. Die Krankheit selbst hatte keine Komplikationen zur Folge, nach der Serumanwendung hingegen trat ein Exanthem und hinterher kurzdauernde Gelenkschmerzen auf.

A. Dworetzky (Moskau).

W. A. Lawrow, Weiterer Beitrag zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit Ichthyol. (Deutsche Medizinal-Ztg. 1905. No. 41.) L. hatte jetzt bei einer größeren Scharlachepidemie die Gelegenheit, die Ichthyoltherapie bei dieser Krankheit zu erproben. Sie hat sich, sobald sie schon am 2. oder 3. Krankheitstage begonnen wird, als sehr wirksam erwiesen, indem sie bedeutende Verkürzung (zeitliche) des ganzen Krankheitsprozesses und Abschwächung seiner Intensität bewirkt. Die Behandlung besteht in Pinselungen des ganzen Körpers (2 mal täglich) mit folgender Lösung (für 2 Tage):

Rp. Ichthyol. 2,5
Aq. dest.
Glycerin. āā 25,0.

Grätzer.

E. Wiegmann (Hildesheim), Keratitis parenchymatosa nach Scharlach-Diphtheritis. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 1905. No. 8.) W. bringt einen Fall von Keratitis parenchymatosa bei 7jährigem Knaben. Nach vorausgegangener Erkrankung an Scharlach und Diphtheritis wurde das Sehvermögen infolge von Keratitis parenchymatosa so herabgesetzt, daß Hände nur in 2 m Entfernung erkannt wurden. Nach einem Monat ging unter Behandlung von Sirup. ferri jodat., heißen Umschlägen und Massage mit schwacher Präzipitatsalbe die Keratitis bis auf eine erbsengroße zentrale Trübung zurück. Auch diese schwand unter derselben Behandlung nach 4 Wochen.

Hartung (München).

De Ridder, Les complications oculaires de la rougeole. (La Pathol. infantile. 1904. S. 264.) R. bespricht die verschiedenen

Komplikationen seitens des äußeren Auges und seiner nervösen Apparate bei den Masern, sowie die verschiedenen Theorien über das Zustandekommen derselben. Ausführlicher berichtet er über einen Fall von Panophthalmie und Abszeß der Orbita. Schreiber (Göttingen).

Hrach, Ein Masernfall mit abnormalem Verlaufe. (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 6.) Es handelte sich um einen Soldaten, der als typhusverdächtig eingeliefert wurde und in der Tat nur typhöse Erscheinungen darbot: hohes Fieber, Pleuropneumonie, heftige Kopfschmerzen, Delirien, Schwappen in der Ileokökalgegend, diarrhöische Stühle, positive Diazoreaktion. Erst nach 14 Tagen kam es zur Eruption eines spärlichen Exanthems, welches masernartigen Charakter zeigte. Dies stieß die ursprüngliche Diagnose um, welche schon durch das Fehlen eines Milztumors zweifelhaft geworden war.

Der Krankenpfleger des Pat. erkrankte dann ebenfalls an Masern, was den Fall vollends aufklärte. Grätzer.

E. Hamburger (Breslau), Atypischer Masernverlauf. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 21.) In einer Familie mit 3 Kindern erkrankten 2 an Masern; das dritte dann ebenfalls erkrankend, bot atypische Symptome in ungewöhnlich großer Zahl. Es bekam zunächst unter mäßigem Fieber nur Hauthämorrhagien, und man hätte dabei trotz Erkrankung der Geschwister nicht an Masern denken können, wenn nicht ausgesprochene Koplik sche Flecke vorhanden gewesen wären. 48 Stunden nach dem Auftreten dieser Anfangserscheinungen bekam das Kind hohes Fieber, der Urin bot positive Azetonreaktion. Das hohe Fieber blieb bestehen, außerdem entwickelten sich bald hier, bald da flüchtige Erytheme. Sodann stellte sich starke Schuppung am ganzen Körper ein. Da das Krankheitsbild an Sepsis erinnerte, wurden Collargoleinreibungen vorgenommen. Doch nunmehr — 8 Tage nach dem Auftreten der Koplikschen Flecke — kam es zur Eruption eines ganz typischen Masernexanthems, und von jetzt an nahm die Krankheit ihren normalen Verlauf. Grätzer.

Salzer (Worms), Masern ohne Exanthem. (Münchner med. Wochenschrift. 1905. No. 8.) S. beobachtete einen derartigen Fall, der völlig einwandfrei ist. In einer Familie von 6 Kindern erkrankten dieselben an typischen Masern, nur das eine, ein sehr schwächliches, $1^1/_4$ jähriges Mädchen bekam unter heftigem Fieber — dasselbe dauerte mit Temperaturen bis zu 40° volle 14 Tage — eine schwere Bronchitis, dazu häufiges Erbrechen. Unter rapidem Kräfteverfall trat dann Exitus ein. Bei dem die ganze Zeit sehr genau beobachteten Kinde hatte sich keine Spur von Exanthem gezeigt. Grätzer.

H. Brüning, Über die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Diagnose und Differentialdiagnose der Masern. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Leipzig.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 10.) Bisher gingen die Ansichten der Autoren über Häufigkeit und Bedeutung der Koplikschen Flecke sehr auseinander. B. beschloß daher, Nachprüfung an einem genau zu beobachtenden klinischen Materiale anzustellen, und er konnte dies sehr gut bei 2 Masern-Hausinfektionen, die 1904 auf der Scharlach- und der Diphtheriestation

ausbrachen und es ermöglichten, das Anfangsstadium der Masern zu beobachten.

Es handelte sich um 52 Kinder jeden Alters. Nur 2 mal wurden die Flecke vermißt. Sie wurden sonst konstatiert 3 mal am 5. und 6., 4 mal am 4., 7 mal am 3., 11 mal am 2. und 25 mal am letzten Tage vor Ausbruch des Exanthems und verschwanden in der Mehrzahl der Fälle bald, so daß beim Ausbruch der Masern nur noch 17 mal die Flecke vorhanden waren. Nur 2 mal waren sie bis zum Verblassen der Morbillen nachzuweisen, in allen übrigen Fällen bereits vorher verschwunden.

Die Flecke waren meist sehr klein, im allgemeinen aber ohne Schwierigkeiten schon beim bloßen Öffnen des Mundes und seitlicher Inspektion — besonders bei diffusem Tageslicht — zu erkennen. In schwierigen Fällen gelang die Beobachtung stets mit dem sich dazu vorzüglich eignenden von Taube angegebenen gefensterten Mundspatel.

Bei anderen Affektionen wurden Kopliksche Flecke nie gefunden, so daß B. nach seinen Beobachtungen die Flecke als ein bei genauer Untersuchung stets nachweisbares, absolut sicheres pathognomonisches Frühsymptom der Masern bezeichnen muß, dessen Vohandensein als diagnostisches, differentialdiagnostisches und prophylaktisches Hilfsmittel die weitgehendste Beobachtung verdient. Grätzer.

Olimpio Cozzolino, Beobachtungen über Inkubationsdauer, Temperaturverlauf und diagnostischen Wert der Koplikschen Flecke bei Masern. (La Pediatria. November 1904.) In den Fällen, in denen Verf. die Inkubationsdauer bestimmen konnte, betrug sie im Mindestfall 8 Tage, im Höchstfall 13 Tage. Unter 33 Fällen fanden sich die Koplikschen Flecke 19 mal und bei 3 Fällen 1 Tag vor dem Sichtbarwerden des Exanthems, bei 7 Fällen 2 Tage, bei weiteren 7 Fällen 3 Tage und in 2 Fällen 4 Tage vorher. Der prodromale Ausschlag auf dem Gaumen fand sich unter 33 Fällen 28 mal. Letzterer hat nach Ansicht des Verfs. einen größeren Wert als die Koplikschen Flecken, weil er charakteristischer und häufiger ist. In einem Falle hat Verf. beobachtet, daß am ersten Tag das Fieber brüsk anstieg, dann eine fieberlose Periode dreitägiger Euphorie folgte, worauf dann das Fieber wieder anstieg. F.

H. Bahrdt, Beobachtungen über Rötelnepidemien. (Aus der medizin. Univers.-Poliklinik in Marburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 20.) B. hat drei Rötelnepidemien beobachtet, die recht bemerkenswerte Momente zur Beobachtung brachten. So in betreff der Koplikschen Flecke. Während der zweiten Epidemie wurden 6 mal dieselben deutlich konstatiert, wie bei Masern, meist am 2.—3. Krankheitstage, und während der dritten Epidemie 4 mal, meist am ersten Tage des Exanthems, nie vor letzterem. Die drei Epidemien zeigten ferner, wie verschieden sich die einzelnen Fälle in verschiedenen Epidemien gestalten können. Das Prodromalstadium, das Exanthem, die Temperaturverhältnisse usw. wiesen mannigfache, für die betreffende Epidemie geradezu charakteristische Modifikationen auf. Solche machten sich aber besonders beim Exanthem selbst

geltend. So konnte die zweite Epidemie durch die auffallend großen Flecken, die allerdings nie über fünfpfennigstückgroß waren, die dunklere Färbung, stärkere Erhabenheit, durch die Lokalisation, längere Florition an das „Erythema infectiosum" denken lassen; es stimmte aber nicht die Inkubationszeit, es fehlte die charakteristische Guirlandenbildung, so daß man die Epidemie nicht zum Erythema infectiosum oder Megalerythema zu rechnen berechtigt war. Überhaupt sprach manches geradezu dafür, daß alle drei Epidemien richtige Rubeolaepidemien waren. Das Vorkommen weitgehender Variationen der Röteln darf überhaupt, so lange die Ätiologie noch ganz unbekannt ist, nicht zur Aufstellung neuer akuter Exantheme führen, es sei denn, daß das Fehlen gegenseitiger Immunität nachgewiesen wird. Grätzer.

Fr. Halblhuber (Wien), Zur Ätiologie der Varicellen. (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 7.) Zwei Kinder wurden, kurz nachdem sie Varicellen durchgemacht, geimpft, und zwar mit positivem Erfolge, was wieder eklatant beweist, daß Varicellen und Variola durchaus nicht als identische Prozesse anzusehen sind. Grätzer.

H. Koch (Nürnberg), Über Komplikationen bei Varicellen. (Ärztl. Rundschau. 1905. No. 17.) Einjähriger Knabe, der an einer scheinbar leichten Varicellenerkrankung sich schon im Rückbildungsstadium befindet, bekommt in demselben eine Reihe schwerer Komplikationen, die das Bild einer schweren Pyoseptikämie ergeben: profuse Durchfälle, Pneumonien in verschiedenen Teilen der Lunge und zu verschiedenen Zeiten auftretend, und schwere eitrige Prozesse im periartikulären Gewebe beider Schultergelenke. Der Fall endete schließlich nach längerer Krankheitsdauer in Genesung, während ein ähnlicher Fall Netters letal verlief.

Eine besondere Eingangspforte, z. B. eine geschwürig zerfallene Pustel oder sonst einen Eiterherd, konnte K. nicht entdecken. Eine pyoseptische Infektion kann aber durch den Pustelinhalt allein schon erfolgen. Bolognini hat in einem letal verlaufenden Falle gefunden, daß der Inhalt der Eruptionen eine Reinkultur von Streptokokken war; der Tod erfolgte hier in kürzester Zeit an einem Nierenabszeß. Derselbe vermochte außerdem bei allen Fälle ein und derselben Epidemie eine Allgemeininfektion von Staphylokokken nachzuweisen. Auch andere Autoren haben über Allgemeininfektionen durch Staphylokokken und Streptokokken mit den schwersten Erscheinungen berichtet. Grätzer.

Guiseppe Caccia, Beitrag zur Kenntnis einiger Komplikationen der Varicellen. (Rivista di Clinica Pediatrica. Nov. 1904.) Verf. hat bei einem 3 jährigen Kinde am 5. Tage von leicht und normal verlaufenden Varicellen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems auftreten sehen, die im wesentlichen in Sprachstörungen, Tremor der rechten oberen Extremität, Parese des rechten Beines, Klonus des rechten Fußes, Steigerung der Kniephänomene, paretischem, leicht spastischem Gang bestanden. Es wurde die Diagnose auf eine Encephalitis gestellt, die die linke Hirnhälfte befallen hatte. F.

J. Meyer, Varicellen, Ausgang in Tod. (Wiener klin. Rundschau. 1904. No. 45.)

13 Monate altes Kind, bisher gesund, infizierte sich in der Krippe, wo Varicellen gerade grassierten. Am 2. Tage wurde eine Temperatur von 41° konstatiert. Pfennigstückgroße, blutgefüllte Blasen, im Zentrum eines geröteten und geschwollenen Hofes sitzend. Am linken Daumen stark gerötete, bis zur Mitte des Metacarpus reichende Schwellung, in deren Mitte eine jener Blutblasen. Unter hohem Fieber macht die Schwellung der linken oberen Extremität rapide Fortschritte, das Kind wird somnolent, bekommt Erbrechen und Durchfälle, schließlich Konvulsionen. Die Schwellung ist am 4. Tage nach Beginn der Krankheit bis auf Schulter und Brust weitergegangen, es werden große Inzisionon gemacht, doch 7 Stunden post oper. Exitus.

Es handelte sich offenbar um eine hochgradig infektiöse Form von Varicellen und sekundäres Eindringen von Staphylococcus aureus in die der Oberhaut entblößte Blase am Daumen, wodurch es zur phlegmonösen Entzündung kam. Toxinwirkung brachte das septische Krankheitsbild zustande. Grätzer.

E. H. Oppenheimer (Berlin), Varicelle der Hornhaut. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 21.)

2jähriges Mädchen bekam — angeblich erst am 6. Tage nach Ausbruch der Windpocken — Augenerscheinungen. Am Körper des Kindes zahlreiche eingetrocknete Varicellenbläschen. Sonst nichts Abnormes außer dem Augenbefund. Linkes Oberlid ödematös, verdeckt den Bulbus vollständig; Auge spontan nicht zu öffnen; Lid außerdem stark gerötet. In der Lidspalte einige eitrig-schleimige Flocken. Lidbindehaut stark gerötet, Übergangsteile geschwollen. Bindehaut des Bulbus hochgradig injiziert. Pupille rund, eng, schwach reagierend. Hornhaut leicht matt. Im äußeren unteren Quadranten ein rundliches Bläschen von doppelter Stecknadelkopfgröße mit weißlichgrau durchscheinendem Grunde. Epithel darüber glatt und spiegelnd; doch mußte eine, auch mit Lupe nicht wahrnehmbare, rauhe Stelle an letzterem vorhanden gewesen sein, weil an dem Bläschen, so oft man die Lider nach einiger Zeit öffnete, kleine Schleimfäden hängen blieben. Tagsdarauf hatte sich ein seichtes, graues Geschwür entwickelt, das an den folgenden Tagen jedesmal mit einem Schleimpfropf ausgefüllt war. Die Reizerscheinungen verschwanden am 2. Tage der Behandlung, am 6. Tage war das Geschwür epithelisiert, und jetzt — nach 10 Tagen — besteht nur eine seichte, glatte Delle ohne irgendwelche Reizerscheinungen. Die Therapie bestand nur in 2maliger Atropineinträufelung, worauf schon am 1. Tage genügende Mydriasis eintrat, in 3mal täglich eingestrichener 2%iger Xeroformsalbe und öfteren Waschungen mit warmer 1%iger Borlösung.

Es handelte sich hier nicht um ein skrofulöses Infiltrat im Gefolge von Varicellen. Solchen fehlt die ausgesprochene Vortreibung, sie sind, wenn sie oberflächlich liegen, in diesem Stadium kleiner, selten solitär, sie entwickeln sich langsamer und zeigen wenig Tendenz zur Heilung, vor allem fehlt das ausgesprochene Bläschenstadium. Für Varicelle sprach der ganze Symptomenkomplex, die Lokalisation in den oberen Schichten, sowie der Heilverlauf.

Daß die Hornhauterkrankung erst am Schlusse des Exanthems auftrat, spricht nicht gegen die Diagnose. Denn es ist schon öfters beobachtet worden, daß auch die konjunktivalen Varicellen erst später zur Entwicklung kommen, als die der Haut. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein der Spitalärzte zu Budapest.

Sitzung vom 28. September 1904.

Jenö Sandor Pólya. Demonstriert einen mittels Gersunyschem Hautlappen erfolgreich operierten Fall von „**Ankylostoma cicatriceum ex sternatitiae ulcerosa et necrosi mandibulae**". Das 11 Jahre alte Mädchen öffnet nach dem Eingriff den Mund; ihr Ernährungszustand bessert sich rapid.

Sitzung vom 21. Januar 1905.

Adolf Roth. **Automatischer Apparat zur Geradestellung der Kontrakturen und Verbiegungen der Extremitäten.** Roth demonstriert seinen Apparat, mit dem die Streckung durch Schrauben erreichbar und stabilisierbar ist; durch dies Vorgehen ist das Weglassen des Gipsverbandes möglich und die Behandlung kann durch jeden Arzt geleitet werden.

B. Widder und J. Kopitsch sprechen sich für das alte Verfahren — erst Gipsverband, dann Hessingapparat — aus.

Sitzung vom 16. Februar 1905.

Elemér Michalkowitsch stellt eine **gastrostomierte Kranke** vor, bei der seit ihrem 11. Lebensjahre Magenbeschwerden und seit 2 Jahren eine Geschwulst in der Magengegend zu finden sind. Die Operation brachte einen 270 g schweren Haarknaul zum Tageslicht. Die jetzt 22 Jahre alte Patientin leugnet, ihre Haare verspeist zu haben.

Sitzung vom 8. März 1905.

V. Goldzieher demonstriert an einem Knaben, daß oft zwischen der **trachomatösen und blennorrhoischen Augenerkrankung** morphologisch kein Unterschied zu finden ist. Ernst Deutsch (Budapest).

K. ung. Verein der Ärzte in Budapest.

Sitzung vom 24. November 1904.

Vilmos Manninger demonstriert einen Fall mit **geheilter Leberverletzung.** Am 16. VII. 1904 fiel H. S., ein 10 Jahre alter Knabe, von einem Baum und verletzte sich an einer Baumwurzel, die 3,5 cm im Durchmesser hatte. Der Wurzelteil drang 10 cm weit in den Bauchraum, 2 cm rechts von der Mittellinie, 2 Finger breit unter dem Rippenbogen. Keine Blutung nach außen. Zeichen starker innerer Hämorrhagie. Nach Aufnahme in der Klinik wurde in Ätherchloroformnarkose die Laparotomie durchgeführt, bei welcher Gelegenheit $^3/_4$ l Blut floß. Auf der oberen Fläche der Leber fand sich eine 6 cm tiefe Verletzung. Irrigation mit einer physiologischen Kochsalzlösung. Tamponade. 48 Stunden post operationem 38,2 Temperaturerhöhung, Puls 140. Am 21. VIII. 1904 geheilt entlassen.

Sitzung vom 21. Januar 1905.

Bodog Turán. **Ätiologie und Prophylaxe der Nephritis scarlatinosa.** Turán stellt die Hypothese auf, daß die Nephritis scarlatinosa der gesteigerten Nahrungsaufnahme und der mit ihr verbundenen größeren Arbeit der Nieren, die am 8.—12. Tag der Erkrankung eintritt, ihr Zustandekommen zu verdanken hat. Demzufolge erlaubt er täglich maximum 1,5 l Flüssigkeit zu trinken. Hauptnahrung ist die Milch (in schweren Fällen dekaseiniert), außer ihr gestattet er Kohlenhydrate und Fette, die die Niere nicht reizen, die an Salzen und Extraktivstoffen reichen Vegetabilien verbietet er.

v. Bókay und Kèvesi weisen die Hypothese Turans zurück, sie glauben an die toxische Natur der Nephritis. Die altbekannten diätetischen Vorschriften der Nephritisbehandlung, wie sie auch Vortragender empfiehlt, sind wertvoll und auch heute vollgiltig.

Sitzung vom 5. Februar 1905.

M. A. Winternitz stellt einen operierten Fall von **Peritonitis diplococcica** vor. Der 10 Jahre alte Junge erkrankte mit heftigen Schmerzen im Bauche, Erbrechen, Konstipation, hohem Fieber. In der zweiten Woche Nachlaß der Erscheinungen, Exsudat bis zur Höhe des Nabels. Operativer Eingriff in der dritten Woche, welcher verklebte Dünndarmschlingen und 2 l grünlichen, Diplococcus Fränkel enthaltenden Eiter ergab.

Sitzung vom 18. Februar 1905.

Camillo Reuter stellt einen 17jährigen, geisteskranken, degenerierten Knaben vor, bei dem in vivo zwei **Halsrippen** an beiden Seiten diagnostizierbar waren. Dies der dritte Fall in der Literatur. Schöne Skiagramme illustrieren den interessanten Befund. Ernst Deutsch (Budapest).

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Nach Wiener klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 21. Oktober 1904.

Dr. L. Kirchmayr demonstriert eine **Mißbildung** an einem körperlich gut entwickelten, viermonatlichen Kinde. Es bestand eine breite Hasenscharte mit komplettem Wolfsrachen, weiters ein unkomplettes Iriskolobom nach unten und ein den Sehnerven einbeziehendes Kolobom der Chorioidea. Das Auffallendste ist ein zwischen Nasenwurzel und Oberlid der linken Seite an einem knorpeligen Zapfen inserierender konischer Bürzel. Dieser ist etwa 2,5 cm lang und mißt 1,3 cm im Durchmesser; an der Ansatzstelle ist er etwa halb so dick wie am freien Ende. Der Bürzel ist durchbohrt und läßt sich bis an den Ansatz an der erwähnten Knorpelbildung sondieren. Wenn das Kind schreit, entleeren sich einige klare, schleimhaltige Tropfen aus der Bürzelöffnung. Vom Ansatze des Zapfens an die Haut zieht eine Hautleiste zum Tränensackfundus, eine andere in die Gegend des oberen Tränenpunktes. Die inneren 8 mm des linken Oberlides sind wimperlos. Gleichzeitig wird ein von Professor Tandler beobachteter Fall von kongenitaler Anlage einer Tränensackfistel bei einem 28 mm langen menschlichen Embryo an Abbildungen demonstriert.

Sitzung vom 28. Oktober 1904.

Dozent Nobl: Bei diesem 2½jähr. Kinde möchte ich auf eine universelle Hauterkrankung hinweisen, welche bei der Seltenheit ihres Vorkommens, der klinischen Eigenart und dem charakteristischen Verhalten des Gewebsbefundes die Demonstration rechtfertigen dürfte. Mit Ausnahme des Gesichtes, der behaarten Kopfhaut, sowie der Handteller und Fußsohlen wird der Körper von einem gleichmäßig verteilten, äußerst dicht eingestreuten Exanthem eingenommen, das im Bereich des Stammes, in der Gesäß- und Abdominalgegend, in fast lückenloser Kontinuität das Integument überschichtet. An der Beugefläche der Arme und Unterschenkel sind unregelmäßig begrenzte Hautinseln verschont geblieben. Die Eruption wird vorzüglich von hirse- bis schrotkorngroßen, deutlich prominenten, hellgelb bis kaffeebraun gefärbten, an ihrer Oberfläche fein gefältelten, chagrinierten Knötchen bestritten, die ein eigenartiges, samtähnlich weiches, lockeres und substanzarmes Gefüge darbieten. Außerdem treten in allen alterierten Gebieten fingernagel- bis talergroße, meist unregelmäßig geformte, mäßig erhabene, braun pigmentierte Flecke hinzu, die im Kolorit an blasse Epheliden gemahnen und mit gebleichten Säumen allmählich in die normale Umgebung übergreifen. Dominierend treten jedoch im Krankheitsbilde nur die schwammig-weichen Knötchenaggregate hervor, deren disseminierte Gruppen überall zu ausgebreiteten, bald irregulären, bald zirzinär angeordneten Plaques vereint erscheinen.

Die Veränderungen haben im 4. Lebensmonate, ziemlich akut, zunächst am Stamme eingesetzt, um von hier aus in rasch aufeinander folgenden Schüben bis

zu ihrer heutigen Ausbreitung zu gedeihen. Seit dem ersten Lebensjahr ist der Prozeß stationär geblieben, ohne eine weitere Aposition oder Rückbildung zu erfahren. Während einer dreimonatlichen Beobachtungszeit habe ich selbst keinerlei Schwankungen des Krankheitsbildes zu verzeichnen vermocht, die vorgewiesene Abbildung fixiert das Exanthem am Rücken, wie sich dasselbe im Monate September präsentierte, die vor drei Wochen angefertigte Moulage die Konfiguration des Ausschlages in der Abdominalgegend.

Das Allgemeinbefinden des Kindes ist sonst in keiner Weise gestört, es besteht weder Brennen noch Juckgefühl, dementsprechend sind denn auch an keiner Stelle Exkoriationen oder Reizphänomene zu gewahren. Von geringfügigen Anzeichen einer im Abklingen begriffenen Rachitis abgesehen (Epiphysenauftreibung, retardierte Dentition) sind auch keine weiteren krankhaften Veränderungen festzustellen.

Es handelt sich hier um das zuerst von Tilbury Fox im Jahre 1875 in seinen klinischen Merkmalen festgehaltene Krankheitsbild der **Urticaria xanthelasmoidea**, welcher Prozeß mit dem Xanthelasma eigentlich nichts mehr als die klinische Ähnlichkeit und mit der Urticaria nur die gelegentlich beobachtete vasomotorische Erregbarkeit der Effloreszensen gemeinsam hat. Die Krankheit pflegt meist im frühesten Kindesalter oft schon wenige Tage nach der Geburt zu beginnen, um sodann, unbeeinflußt von den Heilversuchen, 10, 20 und auch 30 Jahre hindurch fortzubestehen. Daher kommt es auch, daß die Summe der einschlägigen Mitteilungen die reelle Zahl der beobachteten Fälle bei weiten übertrifft, indem die Patienten bei der langjährigen Dauer ihres Übels häufig ihre Beobachter wechseln.

Das histologische Substrat des Prozesses ist zuerst von Unna im Jahre 1887 in seinem Wesen erfaßt worden und haben seine Befunde in den wenigen bisher vorliegenden anatomischen Untersuchungen eine bestätigende Ergänzung erfahren. Die Braunfärbung der Knötchen und der erhabenen Flecke ist auf eine massige Einlagerung von feinkörnigem melanotischen Pigment in die basalen Retelagen und in die subepitheliale Kutisschicht zurückzuführen. Die Erhabenheit der Flecke und die Protuberanz der Knötchen ist durch ödematöse Quellung des rarefizierten Papillarkörpers, vorzüglich aber durch tumorartige, dichtgestellte, ausschließlich aus Mastzellen (Ehrlich) geformte zelluläre Einschlüsse bedingt, welche in nodulären Aggregaten haubenartig den Papillen aufsitzen und längs der Gefäße und Follikel in die Tiefe ziehen.

Eine ähnliche, von intensiveren Entzündungsphänomenen unabhängige, geschwulstartige Mastzellenansammlung ist in der Dermatopathologie bei keiner weiteren Erkrankungsform zu verfolgen und muß daher für die Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea als pathognostisch bezeichnet werden. Die demonstrierten Präparate gestatten schon bei schwacher Vergrößerung die Feststellung dieser Verhältnisse, indem sie in unverkennbarer Deutlichkeit die massige zelluläre Unterschichtung der stark pigmentierten Oberhaut zeigen. Die Natur der Zellen ist an eingestellten Immersionspräparaten genauer zu bestimmen.

Über die Pathogenese dieses wahrscheinlich auf angioneurotischen Störungen aufgebauten Prozesses sind bis heute keine sicheren Aufschlüsse zu gewinnen.

Diskussion. Ehrmann: Die Seltenheit der Erkrankung ist wohl mit Ursache, daß wir über die Ätiologie und Pathogenese der **Urticaria pigmentosa** nicht viel wissen. Das meistens mit derselben verbundene Symptom des Dermographismus (Urticaria factitia), d. i. streifenförmige Quaddelbildung bei Bestreichen der Haut, fehlt hier — wenn es auch früher vielleicht vorhanden war und später einmal wieder auftreten kann. Gerade dieses Symptom war die Ursache, daß manche Autoren geneigt sind, diese Dermatose zu den Angioneurosen zu zählen. Der mikroskopische Befund spricht aber auch nicht für diese Annahme. Die Anhäufung der Ehrlichschen Mastzellen zeigt einen Irritativzustand in der Ernährung des Gewebes, der ebenso oder vielmehr mit noch größerer Wahrscheinlichkeit für eine toxische Ursache spricht, wie er bei anderen Urticariaformen sicher ist. Nobl hat sich übrigens in dieser Hinsicht auch nur sehr vorsichtig ausgesprochen.

Karl Ewald stellt ein Kind vor, bei dessen Operation man Erfahrungen machte, welche einen Beitrag zur Frage des **Kombinationsileus** bilden.

Die Operation wurde wegen chronischer Enterostenose gemacht. Man fand

zunächst vollständig leere kontrahierte Ileumschlingen von normaler Wanddicke und gelangte, als man dieselben nach aufwärts verfolgte, zu einer sehr hochgradigen Narbenstriktur am untersten Jejunum. Die oberen Jejunumschlingen waren erheblich ausgedehnt, sehr wenig hypertrophiert. Die Striktur wurde reseziert; sie war von einem zentral vernarbten, tuberkulösen Geschwüre gebildet. Man suchte dann das Ileum bis zum Coecum hin ab, weil man dort weitere tuberkulöse Veränderungen erwartete. Die letzte Ileumschlinge, aber nur diese, war ebenso stark ausgedehnt wie die über dem oberen Hindernisse gelegene Jejunumschlinge, aber nicht hypertrophiert. Von der Ileocoecalklappe aufwärts war das Ileum auf eine Strecke von 2 cm verengt, die Wand war hart, die Serosa darüber zottig. Es bestand eine deutliche Striktur. Dieselbe wurde, weil man das geschwächte Kind einer zweiten Resektion nicht auszusetzen wagte, mittels Ileocolostomie umgangen.

Daraus darf man vielleicht folgende Schlüsse ziehen: 1. Findet man unterhalb einer Darmverengerung den Darm vollständig leer und dessen Wand nicht hypertrophiert, so ist das noch kein Grund, eine weiter unten gelegene Striktur mit Sicherheit auszuschließen. 2. Findet man oberhalb einer nennenswerten Darmverengerung nur eine Darmschlinge erweitert, die nächst höheren Schlingen vollständig leer und kontrahiert, dann suche man nach einem zweiten höher oben gelegenen Hindernis für die Darmtätigkeit.

Freund: Ich erlaube mir vier Fälle aus der Klinik des Herrn Prof. Finger vorzustellen. Die erste Patientin, ein 11jähriges Mädchen, wurde am 4. Mai dieses Jahres von Herrn Dr. A. Porges der Klinik zugewiesen. Es handelte sich um eine **tuberkulöse Karies der Grundphalange des rechten Zeigefingers**; das Leiden bestand 11 Jahre, die Kranke war deswegen bereits zweimal — das letztemal vor $1^1/_2$ Jahren von Herrn Primarius Schnitzler — exkochleiert worden. Das erste Glied des Zeigefingers war spindelförmig verdickt, die Haut gerötet, an der lateralen Seite von einer Fistelöffnung durchbrochen, aus welcher sich dünner, käsige Knochentrümmer enthaltender Eiter entleerte. Die eingeführte Sonde gelangte auf rauhen Knochen und drang in das morsche Gewebe leicht ein. Die Röntgenaufnahme zeigte den ca. $1^1/_2$ cm langen, 6 mm breiten Fistelgang. Es wurde mit Rücksicht auf das günstige Resultat, welches die Röntgenbestrahlung bei einem ähnlichen von mir am 19. Februar 1904 an dieser Stelle demonstrierten Falle gegeben hatte, dieses therapeutische Verfahren eingeleitet. Die Patientin wurde in zwei Serien, vom 4. bis 10. Mai und vom 4. bis 9. Juli, je sechsmal (im ganzen zwölfmal) mit ziemlich harten Röhren aus geringer Entfernung (5 cm) bestrahlt. Jede dieser Bestrahlungsserien hatte eine geringe Reaktion (Rötung, Schwellung, stärkere Sekretion dünneren Eiters) zur Folge. Nach Ablauf der zweiten Reaktion, d. i. seit Ende Juli, verminderte sich die Eiterabsonderung und die Fistel schloß sich allmählich. Gegenwärtig sieht der Finger ganz normal aus, an Stelle der ursprünglichen Fistelöffnung ist eine unscheinbare Narbe vorhanden. Die vor einigen Tagen vorgenommene Röntgenuntersuchung zeigt, daß sich an Stelle des früheren Fistelganges massiges Knochengewebe befindet, welches den Fistelgang bis auf eine hanfkorngroße Lücke ausgefüllt hat. Auch der übrige Knochen zeigt eine bessere, deutlicher ausgeprägte Struktur. Die Kranke wird nicht mehr behandelt werden; ich bin überzeugt, daß sich der Knochen nach einigen Wochen vollständig konsolidiert haben wird. Der Umstand, daß sich im unmittelbaren Anschlusse an die Bestrahlungen der Charakter des Krankheitsprozesses so auffällig änderte, daß die durch 8 Jahre bestehende, auch durch mehrfache Operationen nicht zu beeinflussende Eiterung nach Röntgenbestrahlung mit einemmale sistierte, läßt mich annehmen, daß diese Besserung des Leidens mit der Bestrahlung in ursächlichem Zusammenhang steht. Es scheint mir wahrscheinlich, daß die Strahlen durch das atrophische, kalkarme Knochengewebe zum Krankheitsherd eindringen und dort stationäre Hyperämie erzeugen konnten. Letztere dürfte die Wendung zum Besseren veranlaßt haben.

Sitzung vom 11. November 1904.

Escherich: **Demonstration zweier Fälle von Angina ulcerosa** (Bernheim). Die beiden Kinder, 4 und 6 Jahre alt, wurden vor 8, respektive 6 Tagen, mit der Diagnose Rachendiphtherie dem St. Anna-Kinderspitale zugeführt. In der Tat war der Rachenbefund ein derartiger, daß dem unbefangenen Beobachter, welcher die in Rede stehende Erkrankung nicht kennt, kaum ein Zweifel an der Richtig-

keit der Diagnose aufsteigen würde. Es zeigten sich damals auf der rechten Tonsille ausgedehnte, vorwiegend in der Längsrichtung sich erstreckende, grauweiße Beläge, welche auf den Gaumenbogen und der Uvula, ja in dem einen Falle auch auf den Gaumenbogen der anderen Seite übergreifen. Die Beläge sind konfluierend erhaben, von höckeriger Oberfläche und von einem Streifen dunkel injizierter Schleimhaut umrandet. Mit Pinzette entnommen, lassen sie sich wie Käsestückchen zerreiben. In dem einen Falle besteht auch ein eigenartiger foetider, süßlicher Geruch aus dem Mund. Bei dem zuerst eingetretenen leichteren Falle trat schon nach 2 Tagen eine Änderung in dem Sinne ein, daß die Auflagerungen auf Zäpfchen und Gaumenbogen bis auf kleine Reste schwanden und eine intakte, nur dunkler gerötete Schleimhaut zurückließen, während die Tonsille einen kraterförmigen Substanzverlust erkennen läßt, dessen Wände mit den geschilderden Membranen ausgekleidet sind. In dem zweiten Falle bestehen die Auflagerungen, trotz der am ersten Tage vorgenommenen Seruminjektion, bis heute noch ziemlich unverändert fort, nur hat sich der Geruch deutlich vermindert. Fieber fehlt. Allgemeinbefinden gut. Drüsenschwellungen sind nur in dem zweiten Falle vorhanden. Zahnfleisch unverändert, Zähne teilweise kariös.

Mußten schon diese Verhältnisse in der Diagnose Diphtherie Zweifel erwecken, so konnte dieselbe mit Sicherheit ausgeschlossen werden durch den negativen Ausfall der bakteriologischen Untersuchung und dem Resultat der bakterioskopischen Untersuchung. Dieselbe zeigte ein sehr charakteristisches Bild: Neben mehr oder weniger reichlichen Eiterzellen sind im ungefärbten Präparate zahlreiche, lebhaft durch das Gesichtsfeld wimmelnde Spirochaeten sichtbar. Bei Färbung mit Methylenblau erkennt man weiterhin die Anwesenheit der von Bernheim als Schiffchen, von Vincent als Bacillus fusiformis beschriebenen charakteristischen Bazillen. Ein von dem vorgestellten Patienten gewonnenes Präparat ist eingestellt.

Bekanntlich hat Bernheim, damals an der Wiener Universitäts-Kinderklinik arbeitend, zuerst das konstante Vorkommen dieser beiden Bazillenarten bei Stomakace oder besser Stomatitis ulcerosa beschrieben und war geneigt, denselben eine Rolle in der Ätiologie der Erkrankung zuzuschreiben. Er fand dann dieselben Bazillen bei den schon früher bekannten eigentümlichen Geschwürsprozessen der Tonsillen und den davon ausgehenden Auflagerungen auf dem Gaumen und faßte dieselben als eine andere Lokalisation des gleichen Prozesses, als eine Angina ulcerosa auf. Die Frage ist, obgleich seitdem zahlreiche derartige Fälle beschrieben wurden, noch nicht erledigt, da die Reinkultur dieser Bazillen noch nicht geglückt ist und müssen sich auch denen gleich, nur in spärlicher Zahl bei anderen Rachen- und Gaumenprozessen finden. Das eine aber ist sicher, daß es eine der lokalisierten Rachendiphtherien sehr ähnliche, aber klinisch durch das Aussehen und die Lokalisation der Membranen, durch das Fehlen aller schweren Symptome und den angeführten bakterioskopischen Befund charakterisierte Erkrankung gibt, welche mit echter Diphtherie nichts zu tun hat und einen ausgesprochen chronischen, fast immer gutartigen Verlauf nimmt. Die Behandlung kann exspektativ mit Gurgeln oder Spray Wasserstoffsuperoxyd, eventuell mechanischer Entfernung der Membranen und Tupfen mit Kalihypermanganicumlösung usw. durchgeführt werden.

Das Hauptinteresse daran liegt aber in der Diagnose. Ich bin überzeugt, daß eine große Zahl dieser Fälle, die nach unserer Erfahrung nicht selten vorkommen, als Diphtherien behandelt werden, bis der negative Ausfall der bakteriologischen Untersuchung den Irrtum aufklärt. Aber auch schon ehe dieselbe durchgeführt ist, kann das geübte Auge die klinischen Unterschiede herausfinden und der Familie den Schrecken und die Unannehmlichkeiten ersparen, welche mit dem Ausspruch der Diphtheriediagnose stets verbunden sind. Ein Blick auf das aus den Belägen hergestellte Schmierpräparat wird diese Diagnose sicherstellen.

Obgleich diese Krankheit in den letzten Jahren, seit 1896, vielfach unter dem Namen Vincentscher oder Plautscher Angina, auch Angina ulcerosa membranacea beschrieben wurde, so dürften doch diejenigen Ärzte, welche sich nicht speziell mit den Erkrankungen der kindlichen Natur beschäftigen, keine genügende Vorstellung von der Häufigkeit und der Bedeutung dieses Krankheitsbildes haben und deshalb glaubten wir, daß es aus diesem Grunde angezeigt wäre, gerade hier ein paar typische Fälle dieser Erkrankung zur Demonstration zu bringen.

Escherich: **Demonstration eines typischen Falles von Barlowscher Krankheit (in-**

fantilem Skorbut). S. Marie, 8 Monate alt, ist das erste Kind gesunder Eltern und wurde von der Geburt an mit Biederts natürlichem Rahmgemenge, das in sterilisiertem Zustande aus einer hiesigen Molkerei bezogen wurde, ernährt. Das Kind erhielt zuletzt dreimal 200 g der Mischung 4 und war dabei ohne jede Verdauungsstörung oder anderweitige Krankheit recht gut gediehen. Als es 6 Monate alt war, also vor zirka 8 Wochen, bemerkte die Mutter, daß es das rechte Bein anzog und auffällig schonte. Zugleich begann das Kind stärker zu schwitzen. Mit 7 Monaten Durchbruch der Schneidezähne, der angeblich mit Fieber einherging. Das rechte Bein war unbeweglich gehalten, schmerzte deutlich bei Berührung; das linke Bein ist jetzt ebenfalls schmerzhaft und wird in der Hüfte gebeugt. Die Mutter suchte wegen der Lähmung der Beine ein Ambulatorium auf, an welchem die Diagnose Spondilitis gestellt und die Anfertigung eines Gipsbettes vorgeschlagen wurde. Vor 14 Tagen erschienen am Zahnfleisch in der Umgebung der Zähne blutige Suffusionen. Vor 4 Tagen bemerkte die Mutter nach heftigem Schreien des Kindes die Schwellung der Lider. Dabei wurde das Kind sichtlich blässer, schrie bei jeder Berührung, magerte ab, obgleich die Verdauung und die Nahrungsaufnahme ungestört blieb.

Stat. praes.: Das Kind ist für sein Alter groß, auffallend blaß, am Skelett bestehen ganz leichte Erscheinungen einer Rachitis, Unterhautfettgewebe schlaff, doch noch vorhanden. Das Kind liegt unbeweglich mit angezogenen Beinen auf dem Rücken, nur die Hände machen abwehrende Bewegungen. Das Gesicht erhält durch leichte Protrusion und verminderte Beweglichkeit beider Bulbi, die durch eine Vermehrung des Orbitalhöhleninhaltes bedingt ist, den Ausdruck des starren Erschreckens. Ferner besteht Schwellung der oberen Augenlider, von denen das rechte eine etwa nagelgliedgroße Suffusion aufweist. Die 4 Schneidezähne sind durchgebrochen, das Zahnfleisch in der Umgebung der oberen Zähne ist entsprechend den neugebildeten Zahnalveolen durch sackartige Blutergüsse vorgewölbt, nur der untere freie Rand des Zahnfleisches zeigt eine zarte Linie nekrotischen Zerfalles. Auch an den unteren Zähnen ist der Zahnfleischrand geschwellt und blutig suffundiert. Milz nicht vergrößert. Die Beine sind in Hüft- und Kniegelenken leicht flektiert. Beide Oberschenkel an ihrem unteren Drittel deutlich geschwellt, bei Berührung hochgradig schmerzhaft. Die Palpation des Knochens läßt erkennen, daß an dieser Stelle eine plötzliche Verbreiterung des Knochens einsetzt, über welcher Fluktuation zu fühlen ist. Stuhl regelmäßig, niemals abnormal gefärbt.

Die Diagnose dieses Falles von Barlowscher Krankheit mit Hämatomen der Oberschenkel, der Kiefer und der Orbita brauche ich wohl nicht zu begründen. Es sind hier alle Symptome in geradezu schulmäßiger Ausbildung vorhanden. Gerade deshalb habe ich mir erlaubt, Ihnen denselben vorzustellen. Ich selbst habe ihn gestern zum erstenmale im Konsilium gesehen. Die Krankheit ist ja hier derzeit noch eine seltene und deshalb außerhalb des Kreises der Kinderärzte wenig bekannt. Wir dürfen aber nach den Erfahrungen der letzten Jahre erwarten, daß auch hier ähnlich wie in Berlin die Fälle mehr und mehr sich häufen werden. Wir werden sie nur dann rechtzeitig erkennen, wenn alle Ärzte von diesem eigenartigen Symptomkomplex Kenntnis haben und dieser Fall hier ist geeignet, dem Beschauer ein unauslöschliches Bild der Krankheit zu hinterlassen. Freilich gibt es auch inkomplette und fruste Formen bis herab zur einfachen Hämaturie, die natürlich sehr viel schwerer zu erkennen sind. Die meisten Fälle sind uns unter unzutreffender Diagnose zugewiesen worden und auch dieses Kind entging nur durch die Einsprache des Hausarztes dem Schicksal, einen Gipsverband zu erhalten.

Die Diagnose ist noch aus einem anderen Grunde wichtig. Die Krankheit, so qualvoll und beängstigend auch ihre klinischen Erscheinungen sind, ist heilbar, fast mit Sicherheit und in kurzer Zeit heilbar, wenn die richtige Behandlung angewendet wird. Dieselbe besteht in kompletter Änderung der bisherigen Ernährung; hier die des Biedertschen Rahmgemenges, an dessen Stelle Verabreichung roher Kuhmilch zusammen mit Fruchtsäften (Zitronensaft), dann auch ausgepreßter Fleischsaft, bei etwas älteren Kindern auch frisches Gemüse.

Sitzung vom 3. Februar 1905.

v. Eiselsberg stellt einen Fall vor von **angeborenem Haemangioma venosum capitis, welches wahrscheinlich mit dem Schädelinnern kommuniziert.**

17jähriges Mädchen soll nach Angabe der Eltern von Geburt an eine kleine, weiche Geschwulst über dem rechten Parietale und in der Mittellinie zwischen den Parietalia haben, die erst seit zwei Jahren beim Bücken Beschwerden verursacht.

In der Mittellinie findet sich eine weiche, flache, fluktuierende Geschwulst, welche leicht durch Drücken entfernt werden kann, worauf eine Delle im Knochen nachweisbar ist, eine kleinere mit der ersten nur in geringem Zusammenhang stehende Geschwulst nach außen und unten davon.

Wenn Patientin den Kopf nach vorne überneigt, so schwillt die Geschwulst mächtig an, um dann beim Aufrichten wieder allmählich zu verschwinden. Hält man jedoch die beiden V. jugularis zu, so bleibt die einmal prall gewordene Geschwulst auch in aufrechter Stellung groß und geschwollen. Probepunktion ergab reines Blut.

Nach dem ganzen handelt es sich wohl um eine angeborene Geschwulst, und zwar entweder eine „Sinusocele" im Sinne von Hecker und Lannelongue oder ein perikranielles Hämangiom mit starker Erweiterung der in das Schädelinnere hineinführenden Venen.

Daß die Geschwulst keinerlei Beziehungen zu dem Schädelinnern haben sollte, ist unwahrscheinlich, wenn auch nicht ausgeschlossen.

Die kongenitalen, mit dem Innern kommunizierenden Venengeschwülste sind sehr selten. Chipault hat im Jahre 1897 nur 16 zusammengestellt.

Ranzi stellt ein Mädchen vor, bei dem eine **tumorartige Hyperostose des Schädels** durch Operation entfernt wurde. Die kindskopfgroße Geschwulst, welche die Gegend des linken Stirnbeins sowie die vorderen Partien des linken Scheitelbeins einnahm, bestand seit dem 5. Lebensmonat; ein zweiter, etwa eigroßer Tumor über dem linken Supraorbitalbogen bestand seit zwei Jahren, seit welcher Zeit auch der Exophthalmus aufgetreten war. Beiderseitige Stauungspapille, links stärker als rechts. Die radioskopische Untersuchung (Dr. Schüller) ergibt einen von der Schädelbasis ausgehenden Tumor. Bei der im Juli v. J. vorgenommenen Operation (Hofrat v. Eiselsberg) wurde der 650 g schwere Tumor an seiner Basis abgetragen und die Dura an einer Stelle eröffnet. In einem zweiten Akt wurde nach drei Wochen der kleinere Tumor entfernt.

Glatte Heilung. Die Stauungspapille ist jetzt ($^1/_2$ Jahr nach der Operation) rechts fast vollkommen verschwunden, links hat sie sich wesentlich gebessert.

IV. Neue Bücher.

Ph. Biedert. **Die Kinderernährung im Säuglingsalter.** Stuttgart. 5. Auflage 1905. Verlag von F. Enke. Preis Mk. 6,40.

Als „wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt" stellt Biedert in dem Titel selbst das Thema hin. Wenn heute ein junger, unbekannter Autor sein Werk uns unter solcher Flagge vorführte, würden wir wohl von vornherein etwas skeptisch dareinschauen. Selbst Biedert wird es sich sicher bei der 1. Auflage haben gefallen lassen müssen, daß man seinem Versprechen, das wichtige Thema „wissenschaftlich und gemeinverständlich" darzustellen, mit Zweifeln gegenübertrat. Diese Bedenken wurden aber sofort zerstreut bei der Lektüre des Werkes, welche zeigte, daß dieser Autor es wirklich verstanden hatte, jene Kombination fertig zu bringen und sein Versprechen auf das glänzendste zu erfüllen. So war es kein Wunder, daß Biederts Buch sehr bald Beachtung fand und so großes Interesse erweckte, daß immer neue Auflagen nötig wurden. Dieser Erfolg hat den Autor aber nicht veranlaßt, die Hände in den Schoß zu legen, sondern bei jeder Auflage war er eifrig bestrebt, zu verbessern und zu ergänzen, alle „wissenschaftlichen" Errungenschaften der Neuzeit wieder zu verwerten und sie seinen Leserinnen „gemeinverständlich" darzustellen. So sehen wir auch in der neuesten Auflage das Buch „ganz neu bearbeitet", wie es mit Recht im Titel heißt, und wir können von neuem prophezeien, daß auch diese Auflage allenthalben freudige Aufnahme finden wird. Grätzer.

Erw. Kobrak. **Ärztlicher Wegweiser durch das Säuglingsalter.** Berlin. 1905. Verlag von M. Lilienthal. Preis Mk. 3.

In dem Buche „sollen lediglich die zahlreichen Fragen, die auf Schritt und Tritt sich der unsicher und ängstlich die Kinderpflege ausübenden Frau entgegenstellen, so besprochen werden, daß die Mutter erstens merkt, daß nicht abenteuerliche Mittelchen, sondern der gesunde Menschenverstand der beste Führer ist, und ferner, daß bei irgendwie ernsteren Störungen nicht Quacksalbern und Probieren, sondern sachverständiger ärztlicher Rat angebracht ist". Der Autor erledigt diese Aufgabe in recht origineller und — wie es mir scheint — sehr zweckmäßiger Weise. Er läßt ein gesundes Kind vor den Augen der Mutter sich vom ersten Tage nach der Geburt an allmählich entwickeln und beantwortet dabei alle die kleinen und großen sich aufdrängenden, die Pflege, Ernährung, Erziehung usw. betreffenden Fragen nach dem heutigen Stande des Wissens. Ist diese Disposition auch locker, so gestattet sie doch eine recht plastische Darstellung der Vorgänge und ist vom praktischen Standpunkte sicherlich zu loben. Als Anhang finden wir im Buche: „Einiges über Gesundheitsstörungen in der Säuglingszeit". Hier hat sich der Autor die nötige Beschränkung auferlegt, sodaß auch die Lektüre dieses Teiles den Leserinnen nur von Nutzen sein wird. Kobraks Buch wird sicher Anklang finden. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Archiplanz, Ch., Über Diplegia cerebralis infantilis (Berlin). — **Ebert, M.**, Über einen Beitrag zur Bekämpfung der großen Säuglingssterblichkeit (Berlin). — **Feigenträger, J.**, Die gerichtsärztliche Bedeutung der Schädelverletzungen bei Neugeborenen (Leipzig). — **Gackowski, W.**, Nebennierenblutung bei einem Neugeborenen (München). — **Götzfried, E.**, Die Formen des Hymens bei Erwachsenen und Neugeborenen. — **Guischard, J.**, Ein Fall von hysterischer Amblyopie im Kindesalter (Kiel). — **Hamann, A.**, Beitrag zur Kasuistik der Steißgeschwülste (München). — **Hoffmann, K.**, Ein Fall von totaler angeborener und bleibender Atrichie (Königsberg). — **Lempp, K.**, Mißbildung der Finger und Zehen sämtlicher Extremitäten (München). — **la Roche, H.**, Tremor essentialis hereditarius (Göttingen). — **Rosenkranz, E.**, Über angeborene Kontrakturen der oberen Extremität (Berlin). — **Steche, O.**, Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Muskeldefekte (München). — **Ströbel, K.**, Vier Fälle von Melaena neonatorum (München). — **Urata, T.**, Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sog. Credé'schen Tropfens (Marburg). — **Vogelsberger, E.**, Über die Anwendung eines neuen Serums bei Diphtherie (Berlin). — **Wehsarg, R.**, Über die kongenitale Subluxation des Kniegelenkes (Würzburg). — **Weinholz, H.**, Wie verhalten sich Kaiserschnittkinder in den ersten Minuten ihres extrauterinen Lebens? (Marburg). — **Witte, F.**, Über einen Fall von Encephalocele (München).

V. Monats-Chronik.

Berlin. **Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** zeigt in ihrem jüngst erschienenen Jahresbericht, was auf diesem Gebiete an praktischer Tätigkeit in einem Jahre geleistet worden ist, andererseits weist sie darauf hin, was in der nächsten Zeit noch erreicht werden muß, wenn dem nach Hunderttausenden zählenden frühzeitigen Hinsterben des jungen Nachwuchses in Deutschland mit Aussicht auf Erfolg entgegengearbeitet werden soll. Der Grundgedanke, der die praktische Tätigkeit der Gesellschaft leitet, ist folgender: „Ernährung mit der Mutterbrust und Ernährung mit sorgfältig gewonnener und behandelter Kuhmilch hält die Säuglingssterblichkeit niedrig; Darreichung von schlechter Milch, besonders wenn diese im Hause durch unerfahrene Mütter unter ungünstigen sozialen Verhältnissen noch mehr verdorben wird, läßt die Sterbeziffer der Säuglinge zu den erschreckend hohen Zahlen hinaufschnellen." Von der Umsetzung dieses

Arbeitsplanes in die praktische Tätigkeit hängt das ganze Gelingen des Vorgehens ab, und deshalb hat die obige Gesellschaft eine Anzahl von Maßregeln durchgeführt, die sich bereits recht gut bewährt haben. Sie sucht durch mündliche und schriftliche Belehrung sowie durch Stillprämien die Mütter zum Selbststillen zu erziehen. Sie sorgt dafür, daß billige, hygienisch einwandfreie und frische Milch für alle Bevölkerungsklassen vorhanden ist. Bei der Durchführung dieses äußerst wichtigen Vorhabens hat sie die Unterstützung einer großen Zahl städtischer Kuhstallbesitzer gefunden, welche durch Vorträge darüber belehrt worden sind, wie selbst in der Stadt durch peinliche Sauberkeit hygienisch einwandfreie und trotzdem billige Milch gewonnen werden kann. Die Liste dieser nach modernen Grundsätzen die Milch behandelnden Molkereibesitzer, die von einer besonderen tierärztlichen Beaufsichtigungskommission häufig und regelmäßig kontrolliert werden, ist den Merkblättern, die unter den Müttern von Säuglingen verteilt werden, beigedruckt. Die Milch der unter Kontrolle der Gesellschaft stehenden Kuhställe wird als „frische, gekühlte Milch“ verkauft. Als wichtige Neuerung wird in diesen Ställen durchgeführt, daß die frisch gemolkene Milch durch Wattefilter, nicht durch Seihtücher durchgegossen wird, so daß der bakterienhaltige Kuhkot sicher von der Milch ferngehalten wird. Eine Anzahl von Damen hat sich zur mündlichen Belehrung der Mütter bereit erklärt. Um auch der ärmeren Bevölkerung die „frische, gekühlte Milch“ aus den kontrollierten Molkereien zugänglich zu machen, werden von dem Bureau der Gesellschaft, Frobenstraße 35, an Ärzte, Polikliniken usw. auf Wunsch Milchmarken abgegeben, welche zum Bezuge der einwandfreien Milch zu ermäßigten Preisen berechtigen. Es ist zu wünschen, daß die relativ günstigen Sterblichkeitsverhältnisse, wie sie trotz der Hitze im letzten Sommer in Berlin erreicht worden sind, in diesem Jahre noch erheblich günstiger werden mögen.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1905. No. 10.)

Im Winterthurer Gymnasium hat man versuchsweise die Dauer des Unterrichts von 50 auf 40 Minuten herabgesetzt, so daß in 4 Stunden fünf verschiedene Lektionen gegeben werden können. Auf Grund der Erfahrungen sprach sich der Konvent sehr günstig über die Neuerung aus. Die Befürchtung, daß ein dem Unterricht nachteiliges Hetzen entstünde, ist nicht eingetroffen. Die Leistungsfähigkeit der Schüler hat sich gehoben, die Ermüdung ist geringer, die Leistungen wurden im Laufe des Jahres besser, statt wie in vielen Fächern wie bisher gegen Ende des Jahres schwächer. Auch die Eltern scheinen mit der Neuerung zufrieden. Der Privatunterricht nahm nicht zu, und die Schüler bewältigten auch die Hausarbeiten leichter. (Medizin. Klinik. 1905. No. 23.)

Für den Regierungbezirk Oppeln wurde unter Mitwirkung des Geh. Obermedizinalrates Prof. Dr. Kirchner folgendes **Merkblatt über die epidemische Genickstarre und ihre Bekämpfung** herausgegeben:

1. Die epidemische Genickstarre ist eine ansteckende Krankheit, welche durch das Eindringen eines belebten, unsichtbaren Krankheitskeimes, des sogen. Meningococcus intracellularis entsteht. 2. Die Krankheit beginnt in der Regel plötzlich mit Fieber (meist Schüttelfrost), wütenden Kopfschmerzen, Unbesinnlichkeit und häufig mit Erbrechen. Hierzu tritt in der Regel eine eigentümliche Starre in der Muskulatur des Nackens, des Rückens, den Beinen und der Arme. In einer nicht geringen Zahl von Fällen tritt schon nach wenigen Tagen der Tod ein. 3. Die Ansteckung wird in der Regel durch Nasen- oder Rachenschleim der an Genickstarre erkrankten Personen bewirkt. Auch gesunde Personen aus der nächsten Umgebung des Kranken und solche, welche mit diesen Personen in Berührung kommen, können die Erreger der Krankheit im Nasen- oder Rachenschleim mit sich führen und hierdurch zur Weiterverbreitung der Krankheit beitragen. 4. Enge, überfüllte und schlecht gelüftete Wohnungen begünstigen die Verbreitung der Krankheit. 5. Die Schutzmaßregeln zu ihrer Verhütung sind: a) Schleunige Anzeige eines Falles von Genickstarre und jeder verdächtigen Erkrankung bei der Polizeibehörde. b) Strenge Absonderung der Erkrankten und der der Genickstarre verdächtigen Personen bezw. ihre Überführung in ein geeignetes Krankenhaus, falls eine genügende Absonderung in ihrer Wohnung nicht möglich oder für ausreichende Pflege daselbst nicht gesorgt ist. Der Transport der Kranken zum Krankenhaus darf in Droschken oder anderen öffentlichen Fuhrwerken nicht erfolgen. Läßt sich dies in Notfällen

nicht vermeiden, so sind die benutzten Fuhrwerke nach dem Gebrauch nach der Anweisung des Kreisarztes zu desinfizieren. Die Entlassung der Kranken aus dem Krankenhause soll nur nach Ablauf einer Ansteckungsgefahr erfolgen. Vor der Entlassung sind ihre Kleider zu desinfizieren und die Kranken durch Bäder zu reinigen. c) Die Desinfektion der Wohnung sofort nach Überführung der Kranken in ein Krankenhaus bezw. nach Ablauf der Krankheit. d) Gesunde Schulkinder, welche mit den Erkrankten in demselben Hause wohnen, sind von der Schule fernzuhalten, bis der Kreisarzt den Schulbesuch wieder für zulässig erklärt. e) Die Angehörigen der Erkrankten verringern die Gefahr der Erkrankung für sich und die mit ihnen in Berührung kommenden Personen durch peinlichste Sauberkeit, namentlich der Hände, und durch desinfizierende Ausspülungen des Halses und der Nase. Hierzu eignen sich z. B. schwache Lösungen von Menthol, Wasserstoffsuperoxyd u. dergl. Für die Pflege Genickstarrekranker sind folgende Vorschriften zu beachten: 1. Die mit der Pflege der Kranken betrauten Personen haben sich der Pflege anderer Personen tunlichst zu enthalten. 2. Das Pflegepersonal soll waschbare Überkleider bezw. möglichst große Schürzen tragen. Das Pflegepersonal soll behufs Vermeidung der Ansteckung sich bei der Krankenpflege so stellen, daß es von den Schleimbläschen, die die Kranken beim Sprechen, Husten und Niesen von sich verbreiten, nicht getroffen werde. 3. Im Krankenzimmer soll das zum Reinigen der Hände Erforderliche (Waschschüssel, Lysollösung, Handtücher) stets bereit stehen. 4. Die Abgänge der Kranken (Speichel, Auswurf, Gurgelwasser) sind sofort zu desinfizieren. 5. Es ist für regelmäßige Desinfektion der von den Kranken benutzten Taschentücher, sowie Leib- und Bettwäsche zu sorgen. 6. Dasselbe gilt von den Eß- und Trinkgeräten, bevor sie aus dem Krankenzimmer entfernt werden. 7. Nahrungs- und Genußmittel, welche für andere bestimmt sind, dürfen im Krankenzimmer nicht aufbewahrt werden. 8. Vor dem jedesmaligen Verlassen der Krankenzimmer sollen die Pfleger sich Gesicht und Hände sorgfältig desinfizieren und Hals und Nase mit einem desinfizierenden Mundwasser ausspülen.

Bemerkungen über die Genickstarre in Oberschlesien veröffentlicht Dr. Radmann (Knappschaftslazarett Laurahütte) und macht zunächst auf einige Besonderheiten der dortigen Epidemie aufmerksam. Auffallend ist zunächst die ungewöhnliche Ausdehnung derselben, die an Zahl der Erkrankungen alle früheren bei weitem übertrifft (bisher über 1400 Fälle). Durch äußere Verhältnisse wird diese Erscheinung nicht hinreichend erklärt. Zweifellos fällt die Eigenart der Lebensgewohnheiten, der hygienischen, Wohnungs- und Verkehrsverhältnisse im dortigen Industriebezirk sehr ins Gewicht; indessen hat sich darin gegen früher nichts Wesentliches geändert, die hygienischen Verhältnisse haben sich sogar gebessert. Bemerkenswert ist ferner die hohe Mortalität (mindestens 70%), ferner die Kontagiosität, die in früheren Epidemien nie so ausgesprochen war. Unter den von R. behandelten 30 Fällen ließen sich 4mal Gruppeninfektionen nachweisen, 2mal erkrankten hintereinander 2 Geschwister in Abständen von etwa 36 Stunden. Vier in kurzen Zwischenräumen aufeinanderfolgende Fälle stammten aus demselben Hause, davon 3 aus derselben Wohnung, 4 andere Fälle im Verlauf von 11 Tagen aus derselben Familie. Die Inkubationszeit scheint also recht kurz zu sein, möglicherweise nur $1^1/_2$—2 Tage. Dumpfe, dunkle Wohnräume und enges Zusammenwohnen begünstigen offenbar die Entstehung der Genickstarre. Häufig sah R. erkrankte Kinder von zahlreichen Flohstichen bedeckt; vielleicht spielt Ungeziefer bei der Übertragung eine wesentliche Rolle. Die große Ausdehnung, die hohe Sterbeziffer und die ausgesprochene Kontagiosität der Krankheit lassen mangels äußerer Gründe vermuten, daß die Wirkung der verursachenden Kokken eine erheblich größere ist, als in früheren Epidemien. Für starke Toxinbildung spricht, daß rapid, oft in wenigen Stunden, tödlich verlaufende Fälle häufig sind, daß der Kokkenbefund in der Punktionsflüssigkeit des Rückenmarks meist ein spärlicher ist, daß in den tödlichen Fällen trotz starken, serösen Exsudates die eitrige Infiltration der weichen Hirnhäute nur geringfügig ist und sich häufig auf Chiasma und Pons beschränkt. Die Epidemie zeigt den Charakter einer Kinderkrankheit; von 800 Erkrankten im Kreise Kattowitz sind nur 12 über 12 Jahre alt. Die Verwandtschaft mit den akuten Exanthemen erhellt auch daraus, daß im Initialstadium Exantheme vorkommen. Unter seinen 30 Fällen sah R. 4mal solche, und zwar 3mal übereinstimmend ein roseolaartiges, vorwiegend der Extremitäten, kurz nach dem Ausbruch der Erkrankung, das sich 2 Tage

lang hielt und ohne weitere Folgeerscheinungen verschwand. Von Kollegen wurden Fälle gesehen, in welchen einige Tage nach Beginn der Erkrankung Petechien der Haut auftraten; diese Fälle verliefen sämtlich tödlich. Beachtenswert war, daß der Krankheitsverlauf bei den 2 Kindern, die ein ausgesprochenes primäres Exanthem hatten, ein ungewöhnlich leichter war. Wären nicht zufällig in den Familien andere, schwerere Fälle von Genickstarre vorgekommen, so hätte man die schnell vorübergehende Erkrankung kaum beachtet, und doch fanden sich Weichselbaumsche Kokken. Ob zwischen Exanthem und Abortivverlauf Beziehungen bestehen, kann man auf Grund der 2 Fälle nicht entscheiden. Vielleicht gelingt es, derartige Exantheme häufiger zu finden, wenn man es sich zur Regel macht, in jedem Meningitisfall sämtliche Familienangehörige, vor allem die Kinder, genau zu untersuchen. Jedenfalls bewiesen die 2 Fälle, daß abortive Erkrankungen vorkommen und noch lange nach der Heilung infektiös bleiben. In einigen schweren Fällen fehlte der Opisthotonus, und erfolgten auch bei starkem Beugen des Kopfes keine Schmerzensäußerungen. Indessen fehlten dann nie andere Symptome, die eine sichere Diagnose ermöglichten, vor allem Erscheinungen am Oculomotorius uud Opticus oder das Kernigsche Zeichen. Den sichersten Aufschluß gibt die Spinalpunktion. Die Diplokokken lassen sich anscheinend leichter im Deckglaspräparat der Spinalflüssigkeit, als durch die Kultur nachweisen. In der Therapie ließen alle als spezifisch empfohlenen Mittel im Stich, so die Kollargolbehandlung; auch Jod, Salicyl, Quecksilber, systematische Spinalpunktionen zeigten keinen Effekt. Symptomatisch sind am wirksamsten längere warme Bäder und feuchte Einwickelungen.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 18.

Die „Kaiser Friedrich-Quelle" Offenbach a. M., welche vor Jahren eine Ladung ihres Produktes unseren Kämpfern in China spendete und vor kurzem 10000 Kilo Mineralwassers dem hessischen Landesverein vom „Rothen Kreuz" für unsere Truppen in Südwestafrika zur Verfügung stellte, stiftete neuerdings den kämpfenden Truppen auf dem ostasiatischen Kriegsschauplatz als Liebesgabe eine 10000 Kilo-Ladung „Kaiser Friedrich-Quelle". — Die Waggonladung ist bereits vom Zentraldepot der deutschen Vereine vom Roten Kreuz in Neubabelsberg weiter befördert worden.

Der X. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus findet in Budapest vom 11. bis 16. September statt. Eine große Anzahl interessanter Themata steht zur Diskussion, u. a. „Kann ein Gift die Stelle einer Nahrung vertreten?" (Referent Kassowitz), „Alkohol und Geschlechtsleben" (Ref. Forel). Nähere Mitteilungen macht Dr. Philipp Stein, Budapest IV.

XIII. Jahresbericht über die Tätigkeit des neuen Krankenhauses zu Leipzig für das Jahr 1904. Aus dem Verwaltungsbericht heben wir die Tatsache hervor, daß die Zahl der verpflegten Kinder im Jahre 1904 die noch nie dagewesene Höhe von 2175 erreichte. Einige umfangreichere Um- und Neubauten, Reparaturen usw. waren nötig, was ein größeres Defizit verursachte. Aus dem ärztlichen Bericht — erstattet von Soltmann und Tillmanns — geht hervor, welche weitgehende und ersprießliche Tätigkeit in dem Krankenhause stattfand.

VI. Personalien.

Habilitiert: **Dr. Herm. Brüning**, bisher Assistenzarzt der Universitäts-Kinderklinik zu Leipzig, in Rostock für Kinderheilkunde.

Ernannt: Prof. **Dr. Fr. Ganghofner** und Prof. **Dr. Al. Epstein** in Prag zu ordentlichen Professoren daselbst. — Prof. **Dr. W. Maximow** in Warschau zum Leiter der chirurg. Abteilung des Neuen städt. Kinderhospitals in St. Petersburg.

Gestorben: Doz. **Dr. A. v. Hüttenbrenner** in Wien, früherer Direktor des dortigen Carolinen-Kinderspitals.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Extractum Chinae „Nanning“

Name geschützt.

Das beste Stomachicum der Gegenwart.

Zur Verordnung bei den Berliner Krankenkassen zugelassen. 

Wird angewendet:

1. **Bei Tuberkulösen:** Die Patienten vertragen Kreosot und ähnliche Präparate bis zu den höchsten Dosen bei täglich 3maligem Gebrauch von 10—20 Tropfen Extract. Chinae „Nanning“. Der Appetit bleibt stets ein sehr guter.
2. **Bei Sommerdiarrhoe der Kinder und Erwachsener.** Extract. Chinae „Nanning“ 4,0. Ta. op. croc. 1,0. MDS. 3mal tägl. 4 bis 20 Tropfen in Rotwein oder schwarzem Kaffee einnehmen.
3. **Als Stomachicum** bei Magenleidenden, Rekonvaleszenten, beim Erbrechen Schwangerer, nach übermäßigem Alkoholgenuß.

Literatur: Berl. klin. Wochenschrift 24 : 1902, Therapeut. Monatshefte 11 : 1899, 1 : 1901 Ärztliche Zentral-Zeitung, Allgemeine Wiener medizinische Zeitung und viele andere.

Originalflacon à M. 1.25. Nur in Apotheken.

Bei Kindern 4—10 Tropfen }
„ Erwachsenen 10—20 „ } vor dem Essen in Wein oder Milch etc.

H. NANNING, Apotheker s'Gravenhage 14 (Holland).

Proben und Literatur kostenfrei.





Centralblatt für Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.
X. Jahrgang. 1. August 1905. No. 8.

I. Originalbeiträge.

Über Diphtherie der Kinder.

Von
Dr. **Benno Müller** (Hamburg).

(Schluß.)

Man hat ja gewöhnlich, wie schon bemerkt, nur mit der Rachendiphtherie bei Epidemien und im praktischen Leben zu tun, und es gibt praktische Ärzte mit großer Landpraxis, die alljährlich kleinere Diphtherieepidemien von 50—60 Fällen beobachten und behandeln müssen, und doch nie so schwere Fälle von primärer Larynxdiphtherie beobachten, wo sie die Tracheotomie ausführen müssen. Ja man hat seit der Einführung des Diphtherieheilserums die Larynxdiphtherien noch seltener als früher gesehen, und man schiebt diesen Umstand, daß jetzt bei Epidemien nur Rachendiphtherien hauptsächlich vorkommen, auf die Wirkung der Seruminjektionen. Und es ist ja auch in vielen Fällen vorgekommen, daß die Rachendiphtherie noch auf den Kehlkopf übergriff. Doch in den beschriebenen Fällen hier handelte es sich um primäre Kehlkopfdiphtherie, ein Umstand, der besonders wichtig ist. Die Ursache zu diesen schweren Erkrankungen muß in einer besonders hochvirulenten Diphtheriebazillenart liegen, es sind in diesen Fällen jedenfalls die Bazillen besonders bösartig und lebensfähig. Dies geht auch daraus hervor, daß die Inkubationszeit nur sehr kurz ist, denn nach Angabe der Eltern sind die Kinder stets nur wenige Tage vor Beginn der schweren Erkrankung unwohl und leidend geworden. Man muß nun hierbei die ländlichen Verhältnisse berücksichtigen, denn die Bauern dieser Gegend besitzen besonders wenig Beobachtungsgabe, sie bemerken oftmals nicht so bald, wenn ihre Kinder erkranken, sie sind nicht empfindlich in ihrer sorgenden Elternliebe, und somit mag es wohl gekommen sein, daß die Erkrankung schon wenigstens einen oder $1\frac{1}{2}$ Tage länger bestanden hat, als von den Eltern angegeben wird. Immerhin ist die Zeit der Erkrankung sehr kurz, und es ist nicht anzunehmen, daß vorher eine Rachendiphtherie bestanden habe, und daß der Kehlkopf erst sekundär erkrankte, nachdem der Prozeß auf den Tonsillen bereits abgeheilt war. Denn wenn wirklich eine primäre Rachenerkrankung bestanden haben würde, so wären mir ganz sicher nach 2—3 Tagen, als ich wegen der Larynxdiphtherie den Hals untersuchte, noch auf den Tonsillen die Reste der diphtherischen Erkrankung aufgefallen, vor allem da

ich nach solchen Stellen suchte. Somit ist es also als sicher anzunehmen, daß der Kehlkopf primär von den Diphtheriebazillen heimgesucht und befallen wurde. Es ist im Gegenteil in den schlimmen Fällen erst nach der Tracheotomie noch zu einer Affektion der Tonsillen gekommen, so daß ich in 3 Fällen der Kinder nach der Operation auf den Tonsillen noch kleine Beläge sah. Man muß sich aber nur wundern, warum gerade in dieser kleinen Epidemie so viele Kinder primär von Larynxdiphtherie befallen wurden.

Dieser Umstand muß auch mit einem Blick auf die obwaltenden Verhältnisse der Gegend und Menschen erörtert werden, denn diese werden sicher einen Einfluß auf solche Infektionskrankheiten ausüben. Einesteils muß man annehmen, daß das Klima mit dem häufigen rauhen Winde und dem tagaus tagein und in großer Intensität daselbst herrschendem Sturme mit feuchten Nebeln und vielem Regen die Disposition der Kinder zu Erkrankungen der Atemorgane erhöhen, so daß auch eine Erkrankung des Kehlkopfes leichter möglich ist, als in anderen Gegenden, es erklärt dies aber den Umstand nicht, daß nun gerade nur sechs schwere Larynxdiphtherien auftraten, und die anderen 24 diphtheriekranken Kinder nicht auch von Larynxdiphtherie befallen wurden; das ist aber kein Grund für die Erklärung der Larynxerkrankungen, wenn auch ein gewisser Einfluß von diesen Verhältnissen ganz entschieden ausgeübt wird. Es wird daher nicht eine nähere Erklärung anzugeben sein, sondern man wird annehmen müssen, daß eben in diesen Fällen gerade kleine Verletzungen im Kehlkopf, in der Schleimhaut desselben kleine Defekte der Epithelüberkleidung sich befanden, welche eine Ansiedlung der Bazillen erleichterten. Wenn auch damit nur eine annähernd zutreffende Entstehungsart geschildert ist, so muß man doch dieselbe als richtig erachten, da man andere Ursachen nicht finden kann.

Die Art der Bakterien hat jedenfalls auch einen besonderen Einfluß bei der Entstehung dieser Fälle gehabt, denn es lassen sich besondere Beziehungen zwischen den einzelnen Kranken feststellen, und dieselben zeigen wieder einmal, wie die Verbreitung der Erkrankungen vor sich geht. So war bei dem Kranken I der erste schwere Fall von Larynxdiphtherie zu finden. Woher dieses Kind infiziert worden war, läßt sich nicht bestimmen, denn es fanden sich in dem Orte einige Diphtheriefälle schon vor. Jedenfalls hatte das Kind schon virulente Bakterien in sich aufgenommen. Von diesem Kinde aus ließen sich die anderen Fälle als infiziert annehmen, denn ich konnte folgende interessante Bemerkungen machen. Das Kind war ja sehr schwer erkrankt, und es war operiert worden, was in dem Orte sehr großes Aufsehen erregte, und obwohl ich strengsten Abschluß des Kindes von der Außenwelt angeordnet hatte, so war doch diese Verordnung auf sehr unfruchtbaren Boden gefallen, denn die Leute ließen sich eben doch nicht abhalten, das Kind zu besuchen, denn sie mußten doch die interessante „Röhre“ sehen, die das Kind im „Kehlkopf“ liegen hatte. Die vom Arzte und sei es auch vom Kreisarzte, gegebenen Vorschriften werden von den unverständigen Bauern eben nicht verstanden und folglich gar nicht beachtet. Nur dieses interessante Ereignis in der Familie des Falles I hatte bewirkt, daß von

einem 3 km entfernten Nachbarorte ein Verwandter der Eltern des Kindes I sofort nach dem Orte herüberwanderte und das Kind seiner Schwester mit der „silbernen Röhre“ bewunderte. Bei diesem Besuche wurde natürlich meine dringende Vorschrift, das Kind von niemand Fremdem, vor allem solchen Personen, die zu Haus Kinder hätten, besuchen zu lassen, und der Befehl, daß jede Person, die das Zimmer betrete, sich andere Kleider anziehe, daß überhaupt nur die Mutter das Kind pflege und zu ihm gehe, und daß jede Person nach Berühren des Kindes oder eines Gegenstandes in dem Zimmer sich die Hände wasche, nicht beachtet, denn der Onkel mußte das Kind sehen und er hatte natürlich nicht nötig sich die Hände zu waschen. Dieser Besuch fand, wie ich nach langer Mühe in Erfahrung brachte, am 9. oder 10. IV. statt. Am 12. IV. wurde ich aber schon von demselben Manne, der den Besuch gemacht hatte, konsultiert und in seine Wohnung in dem Nachbardorfe gerufen, wo ich sein Kind behandeln sollte, das Kind in Fall III. Dieses Kind war ebenfalls sehr schwer krank, und bei dem Besuch des Kindes teilte mir der Vater mit, er sei auch seit 2 Tagen gar nicht wohl, er könne kaum stehen, habe Kopfschmerz, Schwindel usw. und Halsschmerzen. Es fand sich bei ihm eine typische Rachendiphtherie, die auf Seruminjektion sehr rasch abheilte. Es war also hier die Übertragung ganz klar, der Mann hatte am 9. oder 10. IV., genau ließ sich das Datum nicht mehr bestimmen, von seiner Schwester Kind sich selbst und sofort sein eignes Kind infiziert. Bei dem Manne trat die Diphtherie schwer auf, ließ sich aber doch leicht bekämpfen und befiel nur die Rachenorgane. Bei dem Kinde hingegen entwickelte sich eine sehr schwere Larynxdiphtherie, die eine sofortige Tracheotomie zur Folge hatte. Dieser Fall III betraf das Kind wohlhabender Bauern in W., während der erste Fall in V. sich ereignet hatte. Am 5. V. wurde ich in dem Orte F. zu einem ärmeren Häusling gerufen, dessen Kindchen schwer erkrankt war, es war dies der Fall II. Der Ort, wo diese Familie wohnte, lag von den anderen 5 km entfernt, und dabei noch in einer solchen Richtung, daß eine Verbindung zwischen F. einerseits und V. und W. andererseits nicht bestand. Der Ort F. bestand nur aus wenigen Bauernhöfen, und es war daselbst noch kein Fall von Diphtherie vorgekommen, weshalb ich mich wunderte, daß das Kind plötzlich so schwer erkrankt war. Es stellte sich nun heraus, daß die beiden Familien von Fall I und II wiederum verwandt waren, und daß der Vater des kleinen Kindes in Fall II ungefähr am 1. V. zu einem Besuche nach V. gegangen war, um sich von der Besserung des Kindes I zu überzeugen. Dieses Kind befand sich nun ja schon auf Besserung, allein es war doch noch streng jeder Besuch verboten und die Ansteckung war noch möglich. Der Mann hatte denn nun auch einige Stunden bei seinen weitläufigen Verwandten (die beiden Familienväter aus F. und V. waren Vettern) verbracht und dabei immer in Gemeinschaft mit dem noch im Bette liegenden Diphtheriekinde. Da die Leute in der Heide nur zwei Zimmer in ihren Häusern haben, so wurde es eben schwer möglich, ein Zimmer, in welchem das Kind lag, und das man als besseres Zimmer betrachtete, zu verschließen und vom Gebrauch auszuschließen. Es wurden eben die ärztlichen

Vorschriften als zu ängstlich und übertrieben nicht befolgt. Die Strafe für den Leichtsinn war nun die Erkrankung des Kindes in Fall II, das nur mit großer Mühe und unter viel Glück am Leben erhalten werden konnte. Von dem Kinde in V., also dem Fall I, war nun noch ein weiterer Fall, das Kind in Fall V infiziert, denn der Vater dieses Kindes gab mir an, er habe mit dem Bauern in V. dem Vater des Kindes I. in geschäftlicher Verbindung gestanden und sei verschiedentlich mit ihm zusammengekommen, und zwar 2 mal im Mai in der Wohnung des Bauern in V., wo er längere Zeit mit dem Bauern und dessen Frau verhandelt habe, sei aber nicht in das Zimmer gekommen, wo das Kind krank lag. Der letzte Besuch war ungefähr 2 Tage vor der Erkrankung seines Kindes V erfolgt. Dieser Mann wohnte in J., welches von V. 4 km entfernt ist. Also ist auch hierbei eine Übertragung der Krankheit von Fall I zu finden, und zwar ist wahrscheinlich die Infektion durch die Mutter des Kindes I auf den Vater des Kindes V übertragen, der aber nicht erkrankte, sondern nur sein Kind infizierte. Der letzte, VI. Fall war in dem Dorfe J. vorgekommen. Hier lag allerdings die Sache so, daß das Kind am 27. V. erkrankte und zwar war dasselbe in demselben Ort, wie das in Fall V. Die Ansteckung war hier eine ganz direkte gewesen, denn die Leute waren nachweislich des öfteren im Hause des Bauern, dessen Kind an Diphtherie verstorben war, verkehrt, und obwohl der Ausbruch der Krankheit ziemlich 8 Tage später erfolgte, als das Kind der anderen Familie. Trotz dieser Zeit muß man annehmen, daß die Infektion von diesem Kinde herrührte. Es ist nun eine ziemlich lange Pause gewesen, bis der IV. Fall eintrat, der am 19. VI. erkrankte. Dieses Kind wohnte in dem Dorfe W. und zwar dicht benachbart zu dem Fall III. Der Fall III war am 12. IV. erkrankt und war bereits wieder geheilt, als der Knabe IV von Diphtherie befallen wurde. Es hatte sich ermitteln lassen, daß die Kinder direkt zusammengekommen waren an den Tagen ehe der Knabe erkrankte. Es ist daher eine direkte Infektion noch zu einer Zeit anzunehmen, wo bei dem Kinde III die Erkrankung bereits seit mehreren Wochen sozusagen abgeheilt war. Es war nun zwar dem Kinde streng verboten gewesen, mit fremden Kindern zu spielen, doch die Eltern waren eben zu leichtsinnig, sie konnten nicht verstehen, daß eine Ansteckung noch erfolgen kann, nachdem die Erkrankung abgeheilt war. Es war sehr schwer, diese Verhältnisse zu ermitteln, doch es gelang mir dieselben festzustellen, und sie zeigen doch recht deutlich, wie enorm wichtig die persönliche Übertragung bei Diphtherie ist. Man konnte hier in diesen 6 Fällen feststellen, daß die Erkrankung von einem einzigen Falle ausgegangen war, und daß hier alle die schweren Fälle ein und dieselben Bakterienarten als Erzeuger hatten. Dies ist eben festzustellen, weil die Personen der Familien der kranken Kinder in engere Berührung miteinander kamen. Es waren während dieser Zeit in den Ortschaften noch mehrere Fälle vorgekommen, doch waren dies alles weniger schwere Fälle und vor allen Dingen Rachendiphtherien, die nach Injektion von Serum sofort zurückgingen. Besonders auffallend ist die Übertragung der Diphtherie von Fall I auf Fall II, wo die Krankheit nach einem

ziemlich entfernt gelegenen Orte übertragen worden war. Es war in diesem Falle besonders auffallend, denn in dem kleinen Orte war eine Erkrankung an Diphtherie noch nicht vorgekommen. Somit war der Beweis mit der größten Wahrscheinlichkeit erbracht, daß das Kind durch den Vater angesteckt worden war, der aber die Bakterien nur als Zwischenwirt beherbergt hatte ohne selbst zu erkranken. Das ist wiederum ein Beweis, wie gesunde Menschen nicht infiziert werden, während sie doch die Krankheit übertragen können, und dann die mit ihnen in nähere Berührung kommenden weniger widerstandsfähigen Familienangehörigen, wie die Kinder, infizieren, und es ist wiederum ein Beweis, wie die Kinder weit empfänglicher sind für die Diphtherie als Erwachsene, denn es waren ja hier sicher sehr virulente Bakterien vorhanden, die an allen Individuen, die sie befielen, die schwersten Erkrankungen erzeugten. Es ist hier aber auch der Beweis erbracht, daß Bakterien, welche an die Kleider usw. eines Menschen gelangt sind, nicht so schnell, als man bisweilen annimmt, zugrunde gehen, oder weniger infektiös und virulent gemacht werden. Man hat angenommen und hört öfters die Ansicht, daß ein längerer Aufenthalt an frischer Luft, das Durchwehen der Kleider von Wind und Luftzug usw. die Keime vernichte, und daß dann nach einem Krankenbesuche nicht mehr die Gefahr der Ansteckung für dritte Personen vorhanden sei. Es wird dies entschieden durch diese Verhältnisse widerlegt, denn der Vater des Kindes II war wenigstens 30—45 Minuten lang in dem Winde der Heide gefahren bezw. gelaufen, ehe er vom Krankenbesuche nach Hause kam. Bei so langer Zeit mußte dann ja sicher die Virulenz genügend abgeschwächt sein, allein das ist nicht der Fall und die Ansteckung erfolgt trotzdem. Man darf eben auf solche ganz unsichere Umstände nicht vertrauen, sondern muß die größte Vorsicht beachten, um die Übertragung der Bakterien zu verhüten. Es geht aus diesen Fällen mit größter Wahrscheinlichkeit hervor, daß die Verbreitung der Diphtherie auf diese Weise in einem großen Teile aller Fälle erfolgt. Es ist daher wichtig, daß die bekannten Vorsichtsmaßregeln streng beobachtet werden und es ist bei den Bemühungen, den Epidemien Einhalt zu tun, vor allen Dingen wichtig, daß die Personen, welche mit kranken Menschen in Berührung kommen müssen, vor allem Sorge tragen, daß eine Übertragung der Krankheitskeime auf die Kleidung vermieden wird. Ferner erkennt man aus diesen Fällen auch sehr klar, daß das Verbot des Betretens der Krankenzimmer durch dritte Personen, welche in der Nähe des Kranken nichts zu suchen haben, mit großem Rechte erteilt wird, und daß der Arzt in allen Fällen dringend die Isolierung und strenge Absonderung der Kranken mit ansteckenden Leiden durchführen muß. Daß solche Vorschriften oftmals am Unverstand des Publikums scheitern, wird durch diese Fälle auch erwiesen. Allerdings wird man so hochgradige Torheit nur bei den entlegensten Landbewohnern finden, in den Städten sind die Menschen meist viel aufgeklärter und folgen den Anordnungen des Arztes, aber es gibt doch noch große Bezirke Deutschlands, wo die Bildung der Landbevölkerung noch sehr gering ist. Es wäre am besten diesen Infektionen beizukommen, wenn es in den kleineren Kreisstädten und

in den Orten, wo ein Arzt wohnt, kleine Krankenhäuser gäbe, oder da, wo man ein kleines Krankenhaus nicht bauen kann, einzelne Krankenzimmer zur Isolierung ansteckender Kranker errichtet würden, in die dann alle solche Fälle verlegt werden müßten, in denen eine genügende Wohnung nicht vorhanden ist, um eine sichere Isolierung des Kranken durchführen zu können. Solange aber diese Verhältnisse noch nicht bestehen und solange man noch mit dem Unverstand der Laien rechnen muß, so lange wird auch die Diphtherie noch in ähnlicher Weise auftreten und verlaufen.

Aus den hier angeführten Fällen geht aber noch mehr hervor, man kann aus denselben noch manches entnehmen, das unser Interesse erweckt. So muß man sich fragen, warum in den 6 Fällen gerade Rachendiphtherie auftrat, während doch eine ganze Menge anderer Erkrankungen neben denselben bestanden, bei denen nur die Tonsillen befallen waren. Es ist ja nachgewiesen, daß all diese Larynxdiphtheriefälle von dem einen Falle ausgingen, und somit auch alle durch die gleichen Bazillen erregt wurden. Jedenfalls kommen hierbei noch andere Momente als die bazilläre Infektion in Betracht, denn es läßt sich aus der besonders großen Virulenz der Diphtheriebazillen in dem ursprünglichen Falle die besondere Schwere der Erkrankung feststellen, allein man kann nicht auch aus dem Verhalten der Bakterien auf den Lokalisationsort schließen. Es sind jedenfalls hierbei individuelle Anlage und Neigung maßgebend.

Es hat sich nun aber in diesen 6 Fällen auch eine sehr günstige Wirkung der Tracheotomie erwiesen. Man sieht hieraus wiederum einmal ein Beispiel für die Vorzüge und den großen Wert der Tracheotomie. In allen 6 Fällen war die Operation dringend notwendig, ich habe hier nicht in einem einzigen Falle die Tracheotomie als prophylaktische Maßnahme angewendet, obwohl dies in manchen Fällen getan werden mag, so bin ich doch der Meinung, daß man die Operation nicht zu spät ausführen darf, aber auch nicht in jedem Falle noch in Zeiten vornimmt, wo man wohl sagen muß, daß die Operation wird wahrscheinlich nötig werden, wo man aber noch warten kann, weil die äußerste Indikation noch nicht gegeben ist. Es kommen hierbei verschiedene Umstände in Betracht, die man wohl erwägen muß. Einerseits ist es entschieden anzuraten in Fällen, wo bereits eine Beengung der Luftwege vorhanden ist, erst eine Injektion von Heilserum vorzunehmen und deren Wirkung und Einfluß auf den diphtheritischen lokalen Prozeß im Kehlkopf abzuwarten, denn es ereignet sich sehr oft ein bedeutender Rückgang der Schwellung des Larynx nach der Seruminjektion. So habe ich noch ca. 56 Fälle entschieden vor der Tracheotomie bewahrt, in denen ich, obwohl starke Dyspnoë bestand, doch mit der Operation wartete und zunächst erst eine Injektion von Serum ausführte, wonach sich dann auch die Verhältnisse soweit besserten, daß die Operation umgangen werden konnte. In den hier beschriebenen Fällen war aber ein Abwarten der Serumwirkung nicht möglich, und es konnte nur eine Rettung der Patienten durch die Operation geschaffen werden. Die Hauptgefahr liegt bei der Dyspnoë einerseits in der direkten Erstickung, andererseits in der Kohlensäureintoxikation, welche infolge der erschwerten

Atmung eintritt. Der Kranke, welcher eine Beengung des Kehlkopfes erleidet, geht einer langsamen Erstickung entgegen, und zwar stellt sich zunächst ein beträchtlicher Sauerstoffmangel ein und nach diesem eine Kohlensäureintoxikation, welch letztere sehr bald zu einer Art Narkose des Kranken führt, die Kinder werden benommen und völlig narkotisiert. Diesem Zustande geht aber ein Exzitationsstadium voraus, genau wie bei der üblichen schlecht geleiteten Chloroform- oder Äthernarkose, nur mit dem Unterschied, daß das Exzitationsstadium der artifiziellen Narkose kürzere Zeit dauert, da man ja dem Kranken mehr des Narkotikums zuführt, als bei der Kohlensäureintoxikation, bei welcher nur langsam die Kohlensäuremenge im Organismus zu einer solchen Höhe gesteigert wird, daß die tiefe Narkose, die Toleranz erreicht wird. Es ist also für die Behandlung der Diphtherie mit Tracheotomie, für eine genaue Indikationsstellung notwendig, daß man diese Verhältnisse genau kennt und die Symptome nutzbar macht. Wenn man zu einem an Larynxdiphtherie leidenden Kinde gerufen wird, so muß man sich vor allem vergegenwärtigen, ob das Kind bereits das Aufregungsstadium überstanden hat oder nicht. Findet man das Kind völlig benommen, so ist das Exzitationsstadium natürlich vorüber, aber es treten nach der Erregung Verhältnisse ein, welche noch nicht eine völlige Benommenheit bewirken, sondern nur eine allgemeine Ruhe, Gleichgültigkeit und Gefühllosigkeit, während das Kind noch auf Anrufen etwas reagiert. Findet man nun ein Kind im Aufregungs- oder schon im Lähmungsstadium, dem eben beschriebenen, so soll man sofortige Tracheotomie anschließen, ist das Kind aber erst seit kurzer Zeit dyspnoisch, ist also Exzitation noch nicht eingetreten, sind aber schon Einziehungen am Jugulum und den Interkostalräumen vorhanden, so wird man noch warten können, ob die Seruminjektion Hilfe bringt. Im ersteren Falle hat die Dyspnoë und mit derselben auch die Kohlensäureintoxikation schon lange Zeit bestanden, denn das Exzitationsstadium beginnt nicht sofort nach Eintritt der Dyspnoë, da ja erst eine gewisse Wirkung der Kohlensäure vorhanden sein muß, und dann dauert die Exzitation auch ziemlich lange. Natürlich hängen diese Verhältnisse von dem Umfang der diphtheritischen Erkrankung in dem Larynx ab, und es kann in manchen Fällen zu einem ganz rapiden Verlauf kommen, indem man nur durch sehr rasches Operieren das Kind vor dem Erstickungstode retten kann. In den meisten Fällen aber verläuft die Dyspnoë bei Diphtherie sehr langsam. Der Grund, warum man in allen jenen Fällen, wo bereits die Exzitation begonnen hat oder gar schon überwunden ist, nicht mit der Tracheotomie warten und die Wirkung der Seruminjektion versuchen soll, ist in folgendem gelegen und auf folgende Art zu erklären. Bei der Exzitation und in den späteren Zeiten hat man bereits eine Intoxikation des Organismus mit Kohlensäure vor sich, und es besteht dabei je nach der Länge der Einwirkung der Kohlensäure auch bereits eine Schädigung des Herzens durch die Kohlensäure. Zu dem kommt nun noch das Toxin der Diphtheriebazillen, welches ebenfalls ein Herzgift darstellt und besondere schädigende Einflüsse auf das Herz ausübt. Diese doppelte Gefahr für das Herz darf nicht unterschätzt werden und dieselbe

wird noch erhöht durch den Mangel an Sauerstoff, der sich ebenfalls im Herzfleisch nachteilig bemerkbar macht. Außer diesen Verhältnissen finden sich bei solch hochgradiger Dyspnoë so starke Schwellungen im Kehlkopf und so starke Veränderungen in den Geweben und der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Stimmbänder, daß durch die Wirkung des Serums nicht so schnell eine Besserung in der Schwellung im Larynx erzielt werden kann. Das Serum wirkt ja zunächst nur auf die Toxine im Blute, die Bazillen im Blut und in den erkrankten Geweben, und die günstige Wirkung des Serums besteht nur in der Neutralisation der Toxine und event. in der Abtötung der Bazillen teilweise. Diese Wirkung kommt aber nicht sofort zur Geltung, sondern es tritt nur sofort die Neutralisation der Toxine ein, während die Wirkung des Serums auf die Bazillen erst in den nächsten Stunden und Tagen vor sich geht. Somit kann man sich leicht denken, daß der Schwellungsprozeß jetzt nicht stark und bedeutend, ja fast gar nicht verändert wird, denn die Neutralisation der Toxine kann eine Besserung im Larynx nicht erzeugen, dieselbe tritt nur dadurch ein, daß die Bazillen am Weiterentwickeln verhindert, daß sie weniger virulent und weniger giftig werden, was aber das Serum und der Organismus selbst erst in den nächsten Tagen und Stunden bewirken können. Es ist also sehr leicht erklärlich, daß die Seruminjektion zwar äußerst notwendig ist, aber nicht sofort Besserung bringen kann. Unterläßt man nun die Tracheotomie, in der irrigen Hoffnung, es könne durch die Serumwirkung Besserung eintreten, so wird man den Kranken der Gefahr der Erstickung und des Kollapses, der Synkope aussetzen, denn es ist jetzt vor allem notwendig, daß das Blut neuen Sauerstoff erhält, da ein großer Mangel dessen besteht, und dies kann man nur erreichen, indem man das Atemhindernis, den verschwollenen Kehlkopf, beseitigt, denn nur durch eine freie Lungentätigkeit kann man eine normale Blutzusammensetzung erhalten. Sobald in das Blut wieder normaler Prozentgehalt Sauerstoff gelangt ist, wird die Gefahr der Kollapse und Synkope vermindert und beseitigt. Es ist aus diesen Erläuterungen ersichtlich, daß eine Tracheotomie in diesen Verhältnissen die einzige Rettung der Kranken bringen kann. Es ist hierfür der Fall V ein Beweis, denn das Kind kollabierte kurz vor der Operation und war auch trotz der noch durchgeführten Tracheotomie nicht zu retten, ein Beweis, daß die Operation in diesem Falle zu spät vorgenommen wurde, die Eltern hatten den Arzt zu spät geholt, weil sie die Krankheit des Kindes zu spät erkannten.

Anders liegen die Verhältnisse allerdings dann, wenn die Kohlensäureintoxikation noch nicht so weit fortgeschritten ist, wenn die Exzidation noch nicht erreicht ist. Es ist in diesen Fällen das Herz des Pat. noch nicht so von der Kohlensäure geschwächt, es ist auch der Prozeß im Larynx noch nicht so weit fortgeschritten, und die Bazillen haben noch nicht einen so großen Bezirk ergriffen und verändert, und es ist infolgedessen auch die Zahl der einzelnen Bazillen nicht so groß, was wieder zur Folge hat, daß noch nicht so viel Toxine ins Blut gelangt sind. Wenn man nun also eine Injektion von Diphtherieserum vornimmt, so wird dasselbe einen stärkeren Einfluß auf die Toxine und auch auf die Bazillen selbst auszuüben

vermögen. Die Folge hiervon wird sein, daß die Bakterien in ihrer Virulenz geschwächt werden, und dadurch wird die Vermehrung derselben und die Ausbreitung der Affektion auf der Schleimhaut des Larynx aufgehalten, der Krankheitsprozeß sistiert zunächst. Dies hat zur Folge, daß eine stärkere Schwellung im Kehlkopf nicht eintritt, daß dieselbe sogar eher etwas zurück geht. Dies ist nun sofort die Folge der Injektion, und wenn sich in den nächsten Zeiten nach derselben die Schwellung im Kehlkopf nicht vermehrt, so wird dies sich schon als eine geringe Besserung des ganzen Krankheitsprozesses dokumentieren. Wenn nun der Prozeß zum Stillstehen gebracht ist, so tritt in den nächsten Stunden eine Besserung der Schwellung der Schleimhaut des Larynx ein, und man kann dadurch die Tracheotomie umgehen. Es zeigt sich hierbei sehr bald nach der Injektion des Serums eine Besserung der Atmung und damit tritt mit der Zeit eine allgemeine Besserung ein. Dies sind die Verhältnisse, welche bei den Larynxdiphtherien beachtet werden müssen, denn man kann bei Verwechslung derselben große Fehler begehen, deshalb muß man sich in all den Fällen, wo die Atmung behindert ist, genau untersuchen, in welchem Zustande der Intoxikation sich der Pat. befindet, denn nur allein durch die richtige Erkenntnis derselben kann man die richtige Therapie anzuwenden lernen, und man muß immer bedenken, daß das Leben unserer Kranken in unsere Hand gegeben ist. Der Grund, weshalb die Larynxdiphtherien in der Neuzeit verhältnismäßig selten auftreten, ist in der günstigen Wirkung des Diphtherieserums gegeben, und man muß zugeben, daß dasselbe herrliche Lorbeeren errungen hat. Die schweren Fälle von Diphtherie kommen jetzt nur noch selten vor, denn das Publikum hat in den meisten Orten gelernt, wie die Diphtherie erfolgreich behandelt wird und geht deshalb zeitig zum Arzt, freilich in den 6 Fällen, die ich eben beschrieben habe, wäre es besser gewesen, die Eltern hätten früher um ärztliche Hilfe gebeten, doch diese Leute sind besonders wenig intelligent und deshalb beobachten sie auch ihre Kinder so schlecht. Sie erkennen eben zu spät und zu schwer, wenn ein Kind erkrankt ist. Aber die meisten Leute in Deuschland sind doch auf einer höheren Bildungsstufe und haben mehr Beobachtungsgabe. Das Diphtherieserum hat einen ganz vorzüglichen Einfluß, und ich glaube sicher, daß bei früher Erkennung der Krankheit in den 6 Fällen von seiten der Eltern und sofortiger Zuziehung ärztlicher Hilfe, diese Fälle durch das Serum hätten können vor der Tracheotomie bewahrt bleiben. Es ist aber trotzdem noch ein sehr günstiger Stand, denn in den von mir behandelten 30 Fällen von Diphtherie während dieser kleinen Epidemie ist an der Diphtherie trotz der Seruminjektion nur ein Kind gestorben, eben jener Fall, und der andere Todesfall ist lediglich auf die Nachlässigkeit des Pflegepersonals zu schieben, man kann ihm daher nicht der Diphtherie als Tod infolge der direkten Einwirkung der Krankheit rechnen. Es ist dies also eine Mortalität von $3^1/_3\,^0/_0$. Rechnet man diesen Fall hinzu, denn es ist ja die Diphtherie immerhin die indirekte Todesursache, so besteht eine Mortalität von $6^2/_3\,^0/_0$. In Anbetracht der Verhältnisse und der aus besonderen Ursachen, ungünstigen und sehr schweren Infektionen sehr hochvirulenter Bazillen

bei den meisten Kranken ist die Mortalität von $3\,^1/_3\,^0/_0$ sehr gering. Eine besondere Eigentümlichkeit waren die vielen Fälle von reiner Larynxdiphtherie, 6 Fälle, und dann auch noch eine große Anzahl sehr schwerer Rachendiphtherieerkrankungen, welche in Larynxdiphtherie noch übergingen, und doch ohne Operation und ohne einen Todesfall verliefen. Es muß aber ein besonderer Umstand die Infektion des ersten Falles von Diphtherie mit äußerst virulenten Bazillen hervorgerufen haben. Es ist ja wie gesagt die Diphtherie daselbst nie ganz erloschen, es kommen in jedem Herbst und Frühjahr solche Fälle vor, und man muß annehmen, daß die Bazillen an irgend einem Ort erhalten werden bis sie wieder einmal ein Individuum finden, welches disponiert ist. Hierfür spricht auch der Umstand das während des ganzen Jahres Diphtherie in vereinzelten Fällen vorkommt. Es liegt sehr nahe, anzunehmen, daß in den schlechten Wohnungen in den Häusern der niedersächsischen Bauern die Bazillen Schlupfwinkel in Hülle und Fülle finden, an denen sie sich monatelang lebensfähig erhalten können. Ich kann hier diese Verhältnisse nicht erörtern, doch es hat den Anschein, als seien dieselben bei der Entstehung der Diphtherie von großer Bedeutung.

Die Beobachtung hat ergeben, daß mit der Zeit seit der Entdeckung des Behringschen Serums die Intensität und Schwere der Infektion abgenommen hat, und dies ist entschieden eine Folge der Serumwirkung, die Bakterien werden durch das Serum in ihrer Wirkung stark abgeschwächt und werden somit immer weniger virulent. Es zeigte sich bei all den 29 Fällen, die ich behandelte, und bei den vielen Fällen von Diphtherie, die ich außer diesen Fällen bisher behandelt habe, stets eine bedeutende Besserung bald nach der Injektion des Serums, bisweilen, in leichten Fällen fiel das Fieber sofort ab, in schweren wurde es geringer und der Prozeß im Halse kam zum Stehen, griff nicht weiter um sich, das Fieber ging langsam zurück. Aber trotz dieser günstigen Wirkung des Serums kam es in den 6 Fällen zur Tracheotomie. Dies ist wiederum ein Zeichen, daß die Diphtherie nicht rein intern behandelt werden darf, denn die Larynxdiphtherien müssen in vielen Fällen chirurgisch behandelt werden. Ich habe die Indikation für die Tracheotomie eben des genaueren auseinandergesetzt. Man soll darum nie auf einen Standpunkt der Therapie, entweder rein intern oder rein chirurgisch zu behandeln, stehen, es muß die Chirurgie Hand in Hand mit der internen Medizin gehen, was durch die fünf geretteten Kinder bewiesen wird, die sicher ohne Operation binnen wenigen Minuten gestorben wären. Vor allem zeigt die Heilung des 6 Monate alten Kindes, daß die Kombination der beiden Methoden vorzügliches leistet, denn das wird jedermann zugeben, daß es sehr schwer ist, ein so kleines Kind zu behandeln und zu retten, vor allem noch unter so ungünstigen äußeren Bedingungen, wie sie dort auf dem Lande bestanden.

Aus der Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ zu Halle a. S.

Beitrag zur Eisentherapie: Das Bioferrin.

Von

Dr. med. A. Klautsch,
dirig. Arzt der Anstalt.

Daß es bei der Behandlung aller derjenigen Affektionen, die auf Verarmung des Blutes an Eisen beruhen, auch im kindlichen Alter nicht allein mit der Regelung der Ernährung durch Verabreichung einer passenden eisenreichen Nahrung vorzugsweise vegetabilischer Provenienz getan ist, sondern daß als Anregungsmittel für die Besserung der Blutbeschaffenheit auch geeignete Eisenpräparate mit Vorteil herangezogen werden müssen, ist eine oft gemachte Erfahrung. Wenn auch kein Geringerer als Bunge durch seine allzu skeptischen Ausführungen auf dem Kongreß für innere Medizin zu München 1895 der medikamentösen Eisentherapie jeglichen Wert abspricht und die Erfolge derselben in das Gebiet der Suggestion verweist, so haben doch andererseits eingehende, mit neuen technischen Hilfsmitteln vorgenommene Untersuchungen von Quincke, Kunkel, Hofmann, Cloetta u. a. den unerschütterlichen Nachweis erbracht, daß das Eisen sowohl in anorganischen als auch ganz besonders in organischen Präparaten von der Darmschleimhaut aus resorbiert und zum größten Teile in der Leber als Reserveeisen abgelagert wird. Wenn nun trotzdem der Erfolg oftmals ausbleibt, so muß man bedenken, daß die verschiedenen uns zur Verfügung stehenden Eisenpräparate sich in ihrer Resorbierbarkeit auch verschieden verhalten.

Im allgemeinen ist man von gut und schlecht resorbierbaren Eisenpräparaten zu sprechen berechtigt. In die Kategorie der gut resorbierbaren Eisenpräparate gehören die organischen Eisenverbindungen und unter diesen wieder besonders die Derivate des Hämoglobins. Was nun die letzteren anlangt, so sind im Laufe der letzten Jahre mit der Fabrikation von Organpräparaten auch zahlreiche Blut-Eisenpräparate geschaffen worden, welche den Träger der Blutbildung und -erneuerung im Organismus, den wesentlichen Bestandteil der roten Blutkörperchen, das Eisen, bereits in einer Form enthalten sollen, in welcher dasselbe rasch und vollständig ohne Schädigung der Verdauungsorgane in den Säftestrom aufgenommen werden kann. Wenn auch die Verbreitung dieser Blutpräparate eine ziemlich große ist, so ist dies doch weniger auf ihre prompte Wirkungsweise, als zum allergrößten Teil auf eine maßlose Reklame der dieselben herstellenden Fabriken zurückzuführen. Viele derselben weisen nämlich nicht unerhebliche Mängel auf; teils ist ihr Aussehen nicht gerade als appetitlich zu bezeichnen, teils sind sie nicht absolut rein und unbegrenzt haltbar, teils sind sie nicht frei von schädlichen Mikroorganismen und was dergleichen Mängel sonst noch sein mögen.

Ein organisches Blutpräparat in flüssiger Form jedoch, welches die eben gerügten Mängel nicht aufweist, ist das in neuester Zeit

durch die chemische Fabrik von Kalle & Co., A.-G., in Biebrich am Rhein im Großbetrieb nach einem von Prof. Cloetta in Zürich auf Veranlassung von Prof. Siegert in Cöln in seinen Grundzügen ausgearbeiteten Verfahren dargestellte Bioferrin, ein Präparat, welches als ein Konkurrenzpräparat zu Hämatogen „Hommel“ sich vor diesem vorteilhaft auszeichnet durch „große Haltbarkeit und Reinheit, Freiheit von pathogenen Bakterien, hohen Hämoglobingehalt, angenehmen Geruch und Geschmack bei meist raschem sicheren Erfolge, sowie durch eine Darstellung nach einem streng wissenschaftlich begründeten Verfahren“.

Es war ja vorauszusehen, daß diese empfehlenden Worte Prof. Siegerts, die das Hämatogen „Hommel“ darstellende Fabrik von Nicolay & Co. veranlassen würde, für ihr Präparat von neuem die Reklametrommel zu rühren unter Herabsetzung des neuen Konkurrenzproduktes. Es sei mir als einem beiden Unternehmen vollständig fern Stehenden an dieser Stelle ein näheres Eingehen nur auf einen Punkt in dieser „Abwehr“ gestattet, der mir besonders wichtig erscheint, daß nämlich das Hämatogen „Hommel“ absolut frei sein soll von in frischem Tierblute kreisenden Tuberkelbazillen. Als ob jedes Tierblut unbedingt Tuberkelbazillen enthalten müßte! Dann stünde es allerdings sehr schlimm um unsere animalischen Nahrungsmittel. Erfahrungsgemäß kommen aber glücklicherweise im frischen Tierblute Tuberkelbazillen so gut wie gar nicht vor, und selbst bei der Miliartuberkulose, die doch wohl keinem Schlachthofstierarzte so leicht entgehen dürfte, sind Tuberkelbazillen im Blute nur in spärlicher Zahl aufgefunden worden. Warum aber soll nun ein Präparat, welches keine Tuberkelbazillen enthält, ja keine enthalten kann und darf, 24 Stunden ununterbrochen einer Temperatur von 60° ausgesetzt, einem Verfahren unterworfen werden, welches nur geeignet ist, anstatt die im Blute vorhandenen wirksamen Fermente und Alexine intakt zu erhalten, die ganze Zusammensetzung des Präparates von Grund aus ganz wesentlich zu alterieren, abgesehen davon, daß dabei die so schädlichen Toxine der durch dieses Verfahren in ihm zu vernichtenden Tuberkelbazillen doch vollkommen erhalten bleiben werden?

Dem Hämatogen „Hommel“ gegenüber besitzt das Bioferrin den entschieden großen Vorzug, daß es seiner ganze Darstellungsweise zufolge, welche alle die chemische Konstitution des Hämoglobins oder die natürlichen Eigenschaften der Serumkörper antastenden Manipulationen nach Möglichkeit vermeidet, sämtliche wesentlichen und wirksamen Bestandteile des Blutes in unveränderter Form enthält. Das zu seiner Darstellung verwendete Blut stammt von tierärztlich untersuchten, gesund und einwandfrei befundenen Ochsen; dadurch ist die Möglichkeit, daß sich in dem Präparat Tuberkelbazillen vorfinden, so gut wie ausgeschlossen und es bedarf daher auch keines besonderen komplizierten Verfahrens zur etwaigen Vernichtung vorhandener Tuberkelbazillen. Seiner chemischen Zusammensetzung nach enthält das Bioferrin 76 % reinstes flüssiges Hämoglobin, 20 % chemisch reines Glyzerin und 4 % aromatische Tinkturen.

Das Bioferrin, welches zuerst in der Säuglingsheilstätte zu Straßburg i. E. in größerem Maße Verwendung fand, habe ich nunmehr ca. ¾ Jahr lang in der Kinderheilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“

zu Halle a. S. bei einer ganz ansehnlichen Reihe hierfür besonders geeigneter Krankheitsformen — es waren im ganzen 23 Kinder im Alter von 3 Monaten bis 5 Jahren — ebenfalls zu versuchen und insbesondere auf seine Brauchbarkeit in der Kinderpraxis zu prüfen Gelegenheit genommen. Es waren vornehmlich Fälle von Anämie, Chlorose, Rekonvaleszenz nach akuten Infektionskrankheiten und nicht zum wenigsten von Rachitis, welche einer sehr genauen klinischen Beobachtung bei der Bioferrinbehandlung unterzogen wurden, sämtlich Fälle, bei denen eine Regeneration des Blutsaftes wünschenswert ja notwendig erschien. Die mit dem Bioferrin nicht allein in Straßburg, sondern auch an anderen Orten erzielten vielfachen günstigen Resultate bin ich nach meinen eigenen Erfahrungen vollinhaltlich zu bestätigen in der Lage. Die Darreichungsweise des Bioferrin zunächst betreffend habe ich den Säuglingen 2mal täglich 1 Teelöffel direkt der warmen trinkfertigen Milch zusetzen, älteren Kindern dagegen dasselbe unverdünnt 2—3mal täglich 1 Teelöffel kurz vor den Mahlzeiten verabreichen lassen.

Es ist nun nicht meine Absicht, die sämtlichen Krankengeschichten im einzelnen hier aufzuführen, da dies diese kurze Mitteilung nur über Gebühr verlängern und durch die dabei notwendigen Wiederholungen einförmig und ermüdend wirken würde. Ich begnüge mich, meine mit dem Bioferrin gemachten Erfahrungen im ganzen mitzuteilen und nur zwei besonders typische Fälle auszugsweise mitzuteilen.

1. Anastasia St. aus Halle a. S. J. Nr. 1904, 47, geboren am 4. August, aufgenommen am 14. August, ist nur künstlich, und zwar im Sommer mit Ziegen-, vom Herbst ab mit Kuhmilch ernährt worden. Im Oktober hat sie eine ziemlich bedeutende Varicelleneruption durchmachen müssen und bot danach ein ziemlich blasses Aussehen dar. Sie ist ein zierliches, nicht besonders kräftiges Kind, dessen Nahrungsbedürfnis nur gering ist. Nach Bioferringebrauch, anfangs nur 1mal, dann 2 mal täglich der trinkfertigen Milch zugesetzt, hob sich auf einmal der Appetit, das Kind trank sehr bald besser, ja die Ration mußte vermehrt werden; infolgedessen waren die wöchentlichen Gewichtszunahmen beträchtlichere als vordem und das allgemeine Aussehen wurde ein entschieden besseres, gesünderes. In der ganzen Zeit trat kein Zwischenfall ein, der zu einem Aussetzen der Medikation Veranlassung gegeben hätte.

Das Gewicht betrug am:	31. Oktober	1904	3750 g
	7. November	„	3850 „
	14. „	„	4075 „
	21. „	„	4150 „
	28. „	„	4375 „
	5. Dezember	„	4600 „
	12. „	„	4800 „
	19. „	„	5000 „
	26. „	„	5400 „

Der Hämoglobingehalt war am: 31. Oktober 1904 70 %
nach 6 wöchentlicher Medikation am: 12. Dezember 1904 80 „

2. Helene J. aus Magdeburg. J. Nr. 1904, 58, geboren am 23. September 1904, aufgenommen am 26. Oktober 1904; ist ein gut genährtes, aber sehr blasses Kind. Die Ernährung bestand nur in verdünnter Kuhmilch. Sein Gewicht betrug am 5. Dezember 1904, an welchem Tage mit dem Bioferrin begonnen wurde: 4150 g, der Hämoglobingehalt 60 %

12. „	„	4375 „			
19. „	„	4500 „			
26. „	„	4625 „			
2. Januar	1905	4825 „	„	„	70 %
9. „	„	4975 „			

Das Kind bekam im Verlaufe der Behandlung eine frischere Gesichtsfarbe, seine ganze körperliche Entwicklung ging normal und in zufriedenstellender Weise vor sich; eine Unterbrechung der Behandlung hat auch in diesem Falle nicht stattgefunden, die mit Bioferrin versetzte Milch wurde niemals von dem Kinde zurückgewiesen.

Die Anwendung des Präparates begegnete auch in meinen Fällen wegen seines angenehmen Geruches und Geschmackes niemals irgendwelchen Schwierigkeiten. Es erwies sich tatsächlich als ein gut bekömmliches und leicht verdauliches Blut-Eisenpräparat, welches den Appetit, die Eßlust der mit ihm behandelten Kinder in entschieden günstiger Weise beeinflußte; ihre Verdauungs- und Ernährungsverhältnisse gestalteten sich fortschreitend besser. Irgendwelche störenden Neben- oder Nachwirkungen, welche eine begonnene Eisenkur wieder zu unterbrechen nur allzu häufig Veranlassung geben, wie Störungen des Appetites, Widerwillen, Erbrechen, Diarrhöen usw. habe ich selbst bei längerer Verwendung des Präparates in keinem einzigen Falle wahrnehmen können. Die Entleerungen wiesen nach Verabreichung des Bioferrin häufig eine eigentümliche braunrote Farbe auf, die bei längerem Liegen oberflächlich in grauschwarz sich veränderte. Der Geruch derselben war nicht gerade als angenehm zu bezeichnen, und ihre Reaktion war eine stark alkalische. Daß die Einverleibung des Präparates oft schon nach verhältnismäßig kurzer Behandlungsdauer, schon nach 3 wöchentlicher Medikation, wie Prof. Siegert in seiner Arbeit über Bioferrin mit Recht besonders hervorhebt,[1]) eine Vermehrung des Hämoglobins unzweifelhaft zur Folge hatte, habe ich mich zu überzeugen häufig genug Gelegenheit gehabt. Ich habe mich dazu ebenfalls der Hämoglobinskala von T. W. Talquist bedient, der denkbar einfachsten, bequemsten und schnellsten Methode, die trotz ihrer Einfachheit ziemlich genaue Werte ergibt und ihrem Zweck vollkommen entspricht. Auch äußerlich schon manifestierte sich diese Tatsache in dem bedeutend besseren, gesünderen und frischeren Aussehen, der besseren Injektion der Haut und der sichtbaren Schleimhäute und nicht zum wenigsten in dem günstigen Allgemeinbefinden der Kinder. Der Erfolg der Bioferrinmedikation war in allen unseren Fällen ein unverkennbarer.

Es liegt mir nun durchaus fern, das Bioferrin etwa als ein Spezifikum zur Behandlung einer ganzen Reihe von Krankheiten zu bezeichnen oder als ein Mittel hinzustellen, welches in allen Fällen prompt wirken müßte, aber ich glaube auf Grund der Erfolge, die ich mit der Anwendung des Bioferrin nicht allein in der Spitals-, sondern auch in der Privatpraxis erreicht habe, berechtigt zu sein, das Bioferrin als ein vorzügliches, zuverlässiges, blutbildendes, kräftigendes und regenerierendes Organpräparat zu bezeichnen und zu einer ausgedehnten Anwendung dasselbe bei der Behandlung der asiderotischen Erkrankungen ganz besonders im kindlichen Alter bestens empfehlen zu dürfen. Das Bioferrin ist in braungelben Originalflaschen, welche den Namen „Bioferrin" in erhabener Pressung tragen, zum Preise von 2,40 Mk. in den Apotheken erhältlich.

---

[1]) Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 27.

II. Referate.

E. Deutsch (Budapest), Über Vererbung. (Klinikai füsetek. 1904. No. 11. 1905. No. 1 u. 2.) In einigen einleitenden Worten schildert Verf. die Wichtigkeit und das Interesse dieser Frage; das Beweismaterial ist groß, die endgültige Lösung der Frage in unabsehbar weiter Ferne.

Bei der Besprechung der Vererbung des Geschlechtes hebt D. besonders die Ansichten Orschankskys hervor, nach der jedes Geschlecht auf dem Punkte der höchsten Entwicklung am ehesten die Tendenz zur Vererbung ihres eigenen Geschlechtes hat. Schenks Problem verwirft er, — wenn man durch äußere Einflüsse das Geschlecht der zukünftigen Kinder bestimmen könnte, müßten die Zwillinge stets einem Geschlecht angehören.

Bei Ähnlichkeit zwischen Eltern und Kindern beruft er sich auf die römischen Familiennamen Nasones, Capitones usw. Hebt die Erfahrung hervor, daß in den Familien, bei denen das Erstgeborene ein Knabe ist, die meisten Knaben dem Vater ähneln und umgekehrt. Die interessanten durch Mischehen hervorgebrachten Erscheinungen werden eingehend besprochen.

Hervorragende Entwicklung der Sinne ist erblich. In der Familie Bachs waren 120 musikverständige Mitglieder. Vestris Nachkommen waren durch die Tanzkunst bekannt. Schook spricht von der erblichen „aversione casei“.

Auch die Instinkte vererben sich. „Alle Tugend, alles Gute muß Erbschaft sein!“ (Nietzsche.)

Gewohnheiten werden erblich durch Generationen hindurch beobachtet, z. B. Suctus voluptabilis, Beißen der Nägel usw.

Die durch die Beschäftigung hervorgebrachten Veränderungen vererben sich ebenfalls (Beispiele bei Ratzel). Fekundität, Lebenslänge, Leidenschaften (Alkoholismus, Kartenspiel, Perversitäten usw.) sind hereditär oft zu finden.

Mit Aufzählung der pro und contra Ansichten und Beispiele bespricht D. die Ansichten Weissmanns über Erblichkeit der während des Lebens erworbenen Eigenschaften. Am Ende wird die Determinantentheorie kritisch beleuchtet.

Die Erblichkeit der Krankheiten wird durch 445 Beispiele illustriert.

Lemoignes, Candolles und Galtons Regeln der Erblichkeit werden als interessant aber als unhaltbar hingestellt. Ausnahmen (Kinder Napoleons, Goethes), die die Erblichkeit erschwerenden (Cölibat, Prostitution usw.) und erleichternden (Kinder- und Krankenschutz) Momente werden hervorgehoben.

Die Heredität im Leben der Völker (Juden, Chinesen, Zigeuner) wird durch eine Menge Beispiele erläutert, ebenso ihre Rolle in der Weltgeschichte.

Als Beendigung wird die Theorie der Heredität kritisch besprochen.

Autoreferat.

Ernst Deutsch, Einfluß der Trunksucht auf das Familienleben. (Az Alkoholizmus. 1905. 1. IV.) Autor beruft sich auf

Charles Darwins Ausspruch, daß nichts auf Erden so viel Unheil anrichtet als der Alkoholismus. Die sexuelle Potenz leidet unter dem Abusus geistiger Getränke. Die Frau verabscheut den Ehegemahl, der sich dem Alkoholismus in die Arme geworfen, was oft auf sexuelle Perversitäten führt. Der Saufbold ist oft seiner Gattin untreu, oft verleitet er sie selbst zur Prostitution. Das Familienoberhaupt verliert seine Autorität, bald auch seine Gesundheit und damit seine Erwerbsfähigkeit. 1860 wurden in London 130000 von der Stadtkasse aus unterstützt, keiner von ihnen war Mitglied eines Abstinentenvereins. 1901 verausgabte Hamburg 1000000 Mark zur Unterstützung und Unterbringung durch Alkohol erwerbsunfähig oder zu Verbrechern gewordene Menschen (Popert). 1867—1888 wurden in Nord-Amerika 13866 Ehen wegen Trunksucht gerichtlich getrennt. Bezzola beweist, daß der größte Teil der Idioten in solchem Zeitpunkte gezeugt werden, in welchem viel getrunken wird. Nach Bunge ist meistens der Alkoholismus Grund der Agalaktie. Nach Demme sind nur 6,4 % der Nachkommen von Alkoholisten gesund. Die Kindererziehung im Hause des Alkoholisten prädisponiert zur „moral insanity". In Birmingham versäumten 14000 Eltern ihre Kinder zur Schule zu senden, unter diesen waren 13000 Trinker.

Autoreferat.

Ernst Deutsch, Ehe unter Blutsverwandten. (Jó egészség. 1905. No. 7.) Autor hebt die Wichtigkeit der Ehen unter Blutsverwandten vom Standpunkte der Nachkommen hervor. Seine eigene, sich auf Taubstumme beziehende Statistik zeigt, daß 10 % der Eltern Blutsverwandte waren. Ähnliche Daten liefern Liebreich und Bondin. Die Zusammenstellungen von Magnus, Schmidt und Sachs zeigen den Einfluß der Konsanguinität auf Zustandekommen der Blindheit, der Retinitis pigmentosa und der Idiotia amaurotica. Mayet zeigt den Einfluß der Verwandtschaftsehen auf die Nerven- und Geisteskrankheiten der Nachkommen. Verf. bespricht noch die auf historischer Überlieferung und auf geographischer Basis stehende Inzucht und ihre Folgen.

Autoreferat.

P. Meyer (Berlin), Die Nervenkrankheiten der Schulkinder. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 17.) Faßt man die in M.s Arbeit mitgeteilten Beobachtungen zusammen, so erhellt, daß die Nervenkrankheiten der Schulkinder entstehen zum großen Teil auf dem Boden einer ererbten nervösen Disposition. Die nervösen Affektionen werden ausgelöst bei derartig veranlagten Kindern durch die geistigen Anstrengungen und die seelischen Erregungen, sowie durch die körperlichen Unzuträglichkeiten, welche das Schulleben mit sich bringt. Den Einfluß der Schule auf das Nervensystem der Kinder illustrieren sehr bezeichnend folgende Zahlen:

Bei den 1068 Kindern, welche behufs Einschulung von M. untersucht wurden, die also die Schule noch nicht besucht hatten, fand M. 28 Kinder mit Nervenleiden, d. i. 2,6 %, während von 770 Schülern und Schülerinnen der verschiedensten Altersstufen 122, d. i. 16 % nervenleidend waren.

Also die Schüler und Schülerinnen zeigten 8 mal so viel Nervenkrankheiten, als die Kinder, die die Schule noch nicht besucht hatten. Wenn nun bei den Mädchen von 12—14 Jahren die Entwicklungsjahre auch einen gewissen Einfluß haben, so muß die erhebliche Zunahme der nervösen Affektionen nach Beginn des Schulbesuches zweifellos auf Rechnung der Schule gesetzt werden.

Auch dieses Kapitel der Schulkinderkrankheiten zeigt, daß der Schularzt berufen ist, bei richtiger Auffassung und Ausübung seines Amtes ein Faktor für die Volkshygiene zu werden, der Hand in Hand mit dem Pädagogen durch Verhütung und Bekämpfung der Schulkrankheiten die Arbeitsfähigkeit und damit den Wohlstand des Volkes zu heben imstande ist. Grätzer.

Jovane u. Chiarolanza, Über die Übertragbarkeit von Mikroorganismen von Mutter auf Fötus durch die Placenta hindurch. (La Pediatria. X. 1904.) Verff. geben zunächst einen Überblick über die bisher über dieses Thema erschienenen Arbeiten und setzen dann die bei ihren eignen Untersuchungen befolgte Technik auseinander, die vor allem den Zweck hatte, bei der Anlegung der Bouillonkulturen aus dem fötalen Herzblut alle die Fehlerquellen auszuschließen, auf die ausdrücklich hingewiesen wird. Verff. haben in jedem Falle mehrere Methoden angewandt, im ganzen vier, und die dabei erzielten Resultate miteinander und mit dem Ergebnis der Untersuchung der Placenta verglichen; ergaben alle diese Untersuchungen ein übereinstimmendes Resultat, so konnte dieses fast als ein mathematisch sicheres betrachtet werden. Die Ergebnisse waren folgende:

1. Beim Meerschweinchen und Kaninchen kann man durch direkte Inokulation genügender Mengen von Bouillonkultur in den Blutstrom einen Durchgang von Bact. coli, Pneumococcus, Streptococcus und Staphylococcus pyogen. aureus durch die Placenta erzielen.

2. Inokuliert man auf demselben Wege minimale Mengen von Bouillonkultur, die aber noch höher sind als die minimalste tödliche Dosis, so erfolgt kein Durchgang vorgenannter Mikroorganismen durch die Placenta.

3. Durch Einimpfung in das subkutane Bindegewebe erzielt man den Durchgang obengenannter Bakterien niemals, wie groß auch die Menge sein mag.

4. Diese experimentellen Ergebnisse erklären sich dadurch, daß bei direkter Inokulation großer Mengen virulenter Kulturen in die Blutbahn, die Inkubationsperiode für die einzelnen Mikroorganismen aufgehoben oder wenigstens ganz erheblich abgekürzt ist. Bringt man jedoch nur kleine Mengen Kultur in den Blutlauf oder wählt die subkutane Inokulation, so erfolgt eine längere Inkubationszeit Die Bakterien sammeln sich und entwickeln sich in allen Lymphstationen, in der Milz, im Knochenmark, um nur im präagonalen Stadium und in den allerersten Momenten nach dem Tode in das Blut überzugehen. Diese Vermehrung der Bakterien im Blut unter solchen Bedingungen, wenn die Zirkulation bereits sehr verlangsamt oder ganz aufgehoben ist, genügt nicht, um die Placentar-

barriere zu durchbrechen; daher erfolgt keine Übertragung auf den Fötus.

5. Die Tatsache, daß, wenn ein Muttertier der experimentellen Infektion unterworfen wird, die Bakterien auf einige Föten übergehen, auf andere nicht, beweist, daß die schnelle und intensive Vermehrung der Bakterien im Blut zwar eine notwendige, aber nicht allein genügende Bedingung ist, sondern daß noch lokale Veränderungen in den Placenten vorhanden sein müssen. Der Durchgang erfolgt nur in den Placenten, die diese Veränderungen darbieten.

6. Ob der Durchgang erfolgt oder nicht, stets finden sich die Bakterien in der Placenta, wenn das Muttertier an Septikämie gestorben ist. Der Unterschied besteht darin, daß, wenn die Mikroorganismen auf den Fötus übergehen, sie sich auch im fötalen Anteil der Placenta vorfinden, während im entgegengesetzten Fall sie sich nur im mütterlichen Teil derselben finden.

7. Besonders in Fällen erfolgten Durchgangs fanden Verff. ausgedehnte Bakterienpfröpfe durch die die Gefäße verstopft wurden; an einigen Stellen sah man, daß die Bakterien durch Kontinuitätstrennungen in der Gefäßwand hierdurch sich in das umgebende Gewebe verbreiteten.

8. Die histologischen Veränderungen der Kaninchenplacenta stehen im Verhältnis zu den verschiedenen Perioden der Trächtigkeit, vor allem intensive Gefäßdilatation; hin und wieder konnte man mikroskopisch auch Hämorrhagien durch Zerreißung feststellen. F.

A. Wassermann, Schule und Infektionskrankheiten (Med. Klinik. 1905. No. 21.) W. betont, daß die heutige bakteriologische Forschung eine eingreifende Umwandlung in der Frage der Bekämpfung der Infektionskrankheiten geschaffen hat. Man weiß heute, daß die Infektionserreger nicht allein durch ihr Haften an leblosen Gegenständen Übertragung bewirken können, sondern daß der lebende Organismus nach dieser Richtung hin noch gefährlicher ist. Man weiß, daß sehr häufig Individuen Typhus-, Diphtheriebazillen usw. in ihrem Organismus bergen und mit ihren Exkreten, z. B. Urin oder Speichel, in großen Mengen ausscheiden können, ohne daß sie selbst dabei sichtbar krank sind. Solche „Bazillenträger“ können von vornherein immun gegen die betreffende Krankheit sein, oder sie haben dieselbe vorher überstanden. Viel gefährlicher aber ist z. B. ein Kind, das nach Überstehen eines Typhus Hunderte von Millionen Typhusbazillen mit seinem Urin ausscheidet und bei Benützen des Klosetts und dem geringsten Benetzen desselben eine Unzahl dieser Bazillen ausstreut, als wenn ein Kind mit seinem Schuh oder Rock einige Bazillen ins Schulzimmer mitbringt. Bei der rationellen Bekämpfung von Infektionen ist daher heutzutage der Schwerpunkt nicht auf die Desinfektion der Schulzimmer, der Subsellien, auf den schematischen Schulschluß zu legen, sondern auf die bakteriologische Untersuchung der Schulkinder. Wird z. B. am Ende jeder Woche jedes Schulzimmer desinfiziert und es kommt Montags ein Diphtheriebazillenträger mit Bazillen im Rachen in die Schule, was hat da die Desinfektion genutzt?

Eine mustergültige Einrichtung hat W. in New-York beim Städtischen Gesundheitsamte kennen gelernt. Demselben muß von jedem Falle einer Infektionskrankheit sofort Mitteilung gemacht werden. Jeder Arzt besitzt Karten, auf denen Art der Krankheit, Alter des Kindes, Zahl der Geschwister, Beschaffenheit der hygienischen Verhältnisse usw. zu verzeichnen sind und auf denen die bakteriologische Untersuchung des Falles, sowie das Hinsenden eines Sanitätsinspektors (Arztes) zu der Familie behufs hygienischer Aufklärung derselben beantragt werden können. Dieselben Karten sind von allen Krankenanstalten auszustellen. Sofort, nachdem solch ein Formular eingelaufen und die bakteriologische Diagnose gestellt ist, wird den Lehrern, welche Geschwister des erkrankten Kindes in ihren Klassen haben, mitgeteilt, daß deren Schulbesuch zu unterbleiben hat. Dies Verbot wird erst aufgehoben, wenn eine mehrfache bakteriologische Untersuchung ergeben hat, daß diese Kinder keine „Bazillenträger" mehr sind. Das erkrankte Kind selbst wird als Rekonvaleszent ebenso untersucht und erst für die Schule freigegeben, wenn mehrfache Untersuchungen gezeigt haben, daß es bazillenfrei ist. Jeden Morgen sendet das Amt an alle Rektoren ein Verzeichnis der Schüler, welche von der Schule fernzuhalten sind.

So wird in New-York der Verbreitung der Infektionskrankheiten erfolgreich entgegen arbeitet. Außerdem wird eine Zentralstelle stets bakteriologisch unterrichtet über die Verbreitung der wichtigsten Infektionserreger unter der Schuljugend, und die Sanitätsinspektoren tragen in die weitesten Kreise hygienische Belehrung und überzeugen sich gleichzeitig von den hygienischen Verhältnissen, unter denen die Schulkinder zu Hause leben.

Solch eine Zentralstelle müßte allenthalben in Funktion treten. Hier könnten die Schulärzte unentgeltlich ihnen notwendig erscheinende bakteriologische Untersuchungen ausführen lassen. Nur von einer Zentralstelle aus, die auch den Eltern gegenüber die nötige Autorität besitzt, woselbst alle Fäden betreffend Infektionen in der Stadt zusammenlaufen, ist ein der heutigen Wissenschaft entsprechender Kampf gegen die Infektionen in der Schule zu führen. Zu verhindern, daß Infektionserreger in die Schule kommen, das muß heutzutage die Hauptsache sein!

Grätzer.

Gyula Ursinyi, Kampf gegen Infektionskrankheiten. (Budapesti orvosi ujság. 26. I. 1905.) Er empfiehlt in der Schule zum Mundspülen täglich 2 mal eine Hypermanganlösung anzuwenden; außerdem sei die Rachenuntersuchung obligatorisch.

Ernö Deutsch (Budapest).

L. Stumpf, Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1903. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 49. u. 50.) Wie alljährlich, zeichnet sich St.s Bericht auch dieses Mal durch kolossale Genauigkeit und schöne Übersichtlichkeit aus. St. gibt nicht nur die eigentlichen Ergebnisse der Schutzpockenimpfung, sondern berichtet auch, welche Lymphen, Impfinstrumente usw. von den Impfärzten benutzt wurden, in welcher Weise sich die Impfung vollzog, in welcher Weise

sich die Folgen bemerkbar machten, welche Nebenerscheinungen sich zeigten usw., — kurz, es werden die mannigfaltigsten die Vakzination betreffenden Themata berührt. Grätzer.

Alfr. Groth, Über Impfschutzverbände. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 21.) G. setzt auseinander, daß Impfschutzverbände von Nutzen sein können, wenn sie — zweckmäßig konstruiert sind, was leider von den bisher üblichen nicht gesagt werden kann. Ein zweckmäßiger Impfschutzverband muß dem Impfling die Möglichkeit nehmen, die Impfpusteln zu beschädigen, muß jederzeit leicht abnehmbar sein, muß Schutz gegen nachträgliche Infektion bieten und dabei für Luft gut durchgängig sein, darf nicht drücken, darf die normalen Funktionen der Haut in keiner Weise stören.

G. hat versucht, einen derartigen Impfschutzverband zu schaffen. Derselbe besteht aus einer aus weichem Leinen, d. h. also aus einem für Luft sehr gut durchgängigen und waschbaren Stoffe verfertigten, die Schulter und die geimpfte Stelle des Oberarmes in genügendem Umkreise umfassenden Kappe, die mit drei Bänderpaaren befestigt wird. Das eine, sehr breite Paar wird von der Höhe der Schulter über die Brust unter der anderseitigen Achselhöhle hindurchgeführt und zu einer Schleife geknotet. Die zwei anderen Paare werden auf der Innenseite des Oberarmes gekreuzt und außen über der Impfstelle ebenfalls zu Schleifen geschlossen. In diese Kappe, die lediglich zur Befestigung dient, sind zwei Knopflöcher eingenäht, in welche zur direkten Bedeckung der Pusteln Einlagen vermittels passender Knöpfe eingefügt werden; als solche haben fünf durch Dampf sterilisierte Kompressen zu dienen. Der Verband wird in drei Größen (Kinder unter 1 Jahr, darüber und für 12jährige) hergestellt von der Firma Hermann Katsch in München. Grätzer.

R. Flachs, Ein Beitrag zur Impftechnik. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 1—3.) Zur Erzielung einer glatten Entwicklung und Heilung der Pusteln empfiehlt Verf. nicht am Oberarm zu impfen, der wegen seiner großen Beweglichkeit, der Nähe der Lymphdrüsen und aus Schönheitsgründen nicht praktisch erscheint, sondern am besten an einer Stelle auf der Brust, die begrenzt wird von einer Horizontalen durch die sechste Rippe, von der Axillarlinie und dem unteren Rippenbogen. Diese Stelle hat den Vorzug, daß man die Impfnarben nicht sieht, daß die Haut daselbst wenig Bewegungen ausgesetzt ist, und daß man bequem einen Verband anlegen kann.

Als Verband verwendet Verf. eine dünne 4fache Lage steriler Gaze, welche durch einen breiten Streifen klebenden Pflasters festgehalten wird. Der Verband bleibt bis zur Nachschau, nach welcher die Pusteln mit einem größeren Stück Gaze bedeckt und letztere mit vier Pflasterstreifen derartig befestigt wird, daß das auf den Pusteln liegende Gazestück frei bleibt. So kann die Luft ungehindert an die Pusteln treten und die Austrocknung derselben befördern. Damit der Verband hält und nicht von den Kindern abgerissen wird, oder sich beim Baden ablöst, wird die Stelle durch einige Bindentouren, die am besten die Achsel mit einschließen, gesichert. Die

Kinder können gebadet werden, die Binde ist mit ins Bad zu nehmen und nach demselben zu wechseln. Nach dem Bade bleibt der Verband 3—4 Stunden unbedeckt, währenddessen die Gaze wieder trocknen kann. Der zweite Verband bleibt so lange liegen, bis die Pusteln abfallen, was durch vorsichtiges Tasten mit der Hand festgestellt werden kann. Verf. sah bei dieser Methode stets fast absolute Reizlosigkeit der Impfstelle, niemals schwere Impfschädigungen und einen durchschnittlichen Verlauf von 3 Wochen.

Hinsichtlich des größeren Kostenpunktes bei dieser Methode erinnert Verf. mit Recht daran, daß da, wo der Staat zwangsweise vorgeht, der Kostenpunkt am allerwenigsten betont werden müsse, wenn das Wohl und Wehe unserer Kinder in Frage kommt. Hecker.

G. Hay (Wien), Zur „Impfung unter rotem Licht". (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 38.) H. tritt Goldmann entgegen. Letzterer hebt z. B. als Vorzug der Impfung unter rotem Licht hervor, daß nur kreisrunde Pusteln auf normaler Umgebung „wie kleine Warzen" entstehen. Aber das ist ja gerade, was der Impfarzt als ungenügenden Impferfolg ansieht, als Erfolg, der sich offenbar nur auf kurze Zeit erstreckt. Goldmann hat schon nach 5 Wochen die Impfung erneuert und keine Reaktion erzielt. Aber was besagt dies? In der Dauer des Immunseins liegt der Impferfolg, und ein solcher hat zur Voraussetzung die volle Entwicklung der Impfpusteln mit ihrem Hofe, eine gewisse Alteration des Geimpften usw., allerdings nicht auch Rötung des Armes, Drüsenschwellungen, höheres Fieber usw., die Goldmann als „gewöhnliche" Folgen der üblichen Impfung angibt. Solche Erscheinungen treten nur auf, wenn die Impfung in bezug auf Qualität der Lymphe, antiseptisches Vorgehen usw. zu wünschen übrig ließ. Die „gewöhnlichen" Folgen einer rite erfolgten Impfung sind nicht so arg, daß sie zu fürchten wären; sie sind außerdem erforderlich, wenn die Impfung auf Jahre hinaus Immunität sichern soll. Grätzer.

W. Knöpfelmacher u. **M. Schein**, Impfung unter rotem Licht. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 40.) Die Verff. haben ebenfalls Versuche nach dieser Richtung hin gemacht, ein Unterschied aber zwischen den bei Rotlicht gesetzten und gehaltenen und den bei Tageslicht gesetzten und einfach verbundenen Impfpusteln war nicht zu erkennen. Grätzer.

C. Rösler (Graz), Impfreaktion unter Rotlicht. (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 47.) R. impfte eine große Anzahl von Soldaten bei Tageslicht und setzte sie erst nach Eintrocknung der Lymphe unter Rotlicht, indem er bei einem Teile einen Verband anlegte (erst mit Cochenilletinktur rotgefärbte Gaze, dann ein Plättchen rubinroter Gelatine und rote Calicobinde), bei dem anderen die Stellen mit starken rubinroten Konkavgläsern bedeckte. Bei beiden wurde der Impfprozeß in günstigstem Sinne beeinflußt, indem, ohne daß der positive Erfolg in Frage gestellt wurde, die heftigen Impferscheinungen eliminiert wurden.

Diese Versuche beweisen, daß Rotlicht auf die Lymphe selbst gar keine Wirkung ausübt, daher die umständliche Impfung in der photographischen Dunkelkammer unnötig ist, daß vielmehr seine Wirkung erst dann beginnt, wenn die Lymphe die Infizierung des Organismus erreicht hat und es zur Bildung der Pustel gekommen ist. Hier wird die Eiterung eingeschränkt, die Pusteln trocknen rasch ein, ohne sich zu vergrößern. Also auf die Eitererreger, nicht auf die Lymphe, übt das Rotlicht den günstigen Einfluß aus. Grätzer.

Lublinski (Berlin), Akzidentelle Vakzination der Nasenschleimhaut. (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 52.) L. berichtet von einem Falle, wo eine unvorsichtige Mutter die Vakzine des Kindes durch ein Taschentuch auf ihre Nase übertrug, und mahnt im Anschluß an diese Beobachtung von neuem zur penibelsten Sauberkeit und warnt darvor, an Ekzem leidende Kinder zu impfen. Grätzer.

L. Voigt, Beitrag zur Gewinnung der Variolavakzine. (Mon. f. prakt. Dermat. 1905. 9.) Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Ergebnisse, daß Pockenborken ein für die Gewinnung der Variolavakzine wertvolles Material sind, das neben der Lymphe und dem Gewebe der Pockenpustel zur Impfung der Versuchstiere benutzt werden sollte. Zu den Umzüchtungen der Variola zur Vakzine kann man Kaninchen mit einiger Aussicht auf Erfolg als Zwischenträger benutzen. Max Joseph (Berlin).

B. Korybut-Daszkiewicz, Variola bei einem zweitägigen Kinde. (Gynekologia. 1905. No. 8.) Da die kürzeste Inkubationszeit bei Variola 6—8 Tage dauert, so unterliegt es keinem Zweifel, daß die Infektion noch in utero erfolgte. Mutter und Kind starben nach 10tägiger Krankheitsdauer. Gabel (Lemberg).

R. Pick (Wien), Variola und Varicellen. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 12.) Drei Kinder erkrankten in einer Familie an Varicellen, dann auch das vierte Kind, ein Säugling von 6 Monaten, trotzdem letzterer wenige Wochen vorher mit Erfolg geimpft worden war. Bei dem Säugling traten sogar die Varicellen in besonders heftiger Weise auf. Das zeigt doch wiederum eklatant, daß Varicellen eine Krankheit sui generis sind, die mit Variola absolut nichts zu tun hat.

Die Behandlung mit Rotlicht erwies sich als recht nützlich, indem sie das Jucken und Kratzen verhinderte und so bewirkte, daß entstellende Narben nicht zurückblieben. Grätzer.

P. Schrumpf, Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola. (Aus dem path.-anat. Institut der Universität Straßburg.) (Virchows Archiv. Bd. 179. Heft 3.) Bose und Councilman haben unabhängig voneinander bei Variola und Vakzine intra- und extrazelluläre Zelleinschlüsse beschrieben, die sie für Protozoen und zwar identische halten. Diese sollen die Erreger der betreffenden Krankheiten sein und im Beginne der beiden Krankheiten intra-, bei Variola auf dem Höhepunkt derselben extrazellulär liegen.

Sie unterscheiden sich dadurch, daß die Erreger der Variola eine sexuelle Differenzierung besitzen, während die der Vakzine sich asexuell fortpflanzen. Im Blute und Serum der an genannten Krankheiten Leidenden konnten die Gebilde, die durch die Luft übertragen werden sollen, nicht gefunden werden.

In der vorliegenden Arbeit wird auf Grund des färberischen Verhaltens der betreffenden Gebilde der Nachweis erbracht, daß „die extrazellulären Formen teils durch abgesprengte Chromatinpartikelchen einer Mitose, teils durch Vakuolisierung und Zusammenballung des Zellplasmas, die intrazellulären dagegen durch Körnelung oder vakuoläre Degeneration mit oder ohne Aufnahme von Chromatinpartikelchen in die Vakuole“ zustande gekommen sind.

Gegen die Protozoennatur und Spezifität der betreffenden Gebilde spricht auch der Versuch Borels, der durch Chamberland filtrierten Pustelinhalt von Variola noch infektiös fand, sowie der Umstand, daß im Serum die Gebilde nicht nachweisbar waren.

Bennecke (Marburg).

H. de Waele u. E. Sugg, Der Streptokokkenbefund bei Variola und Varicellen in bezug auf ein differentialdiagnostisches Verfahren. (Aus der medizin. Klinik und dem Hôpital Civil in Genf.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 25.) Die Verff. konnten gelegentlich der Beobachtung verschiedener Pockenepidemien als konstanten Befund die Anwesenheit eines Streptococcus im Blute feststellen. Dieser Streptococcus wird nicht durch das Serum neugeborener Kinder oder nicht vakzinierter Individuen oder Kälber agglutiniert, dagegen erleidet er durch das Serum vakzinierter Individuen oder Kälber, sowie durch das Serum Pockenkranker eine Agglutination, und zwar in zunehmendem Maße während des Verlaufes der Krankheit. Diese Eigenschaft des Serums ist für den aus dem Blute Variolakranker gezüchteten Streptococcus eine spezifische und läßt sich bei Streptokokkenstämmen anderen Ursprungs nicht beobachten. Auch aus dem Impfstoff läßt sich ein nahverwandter Streptococcus züchten, welcher dieselben Eigenschaften aufweist. Endlich wurde aus großen Varicellenbläschen ein Streptococcus gewonnen, welcher durch Agglutination von dem Variolastreptococcus deutlich unterschieden ist, aber auch wie dieser in aufsteigendem Maße im Verlauf der Erkrankung von dem Serum des Pat. agglutiniert wird.

Die Verff. geben nun eine Anzahl von Fällen an, wo diese Kenntnisse sich in der Praxis verwerten ließen, und sie kommen zu dem Schlusse, daß es möglich ist, mit Hilfe der Agglutinationsmethode eine exakte Diagnose zu stellen, und zwar nicht nur, wenn es sich darum handelt, Variola und Varicellen auszuschließen, sondern auch, um diese beiden Erkrankungen voneinander zu unterscheiden.

Grätzer.

Westenhoeffer, Pathologische Anatomie und Infektionsweg bei der Genickstarre. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 24.) W. hatte in Oberschlesien reichlich Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln. Es faßt dieselben in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Eintrittspforte des Krankheitserregers der Zerebrospinal-

meningitis ist der hintere Nasenrachenraum, besonders die Rachentonsille.

2. Die Hirnhautentzündung ist anfangs stets eine basilare und zwar in der Gegend der Hypophysis. Sie entsteht auf lymphogenem Wege.

3. Die Hirnhautentzündung als Zeichen der Erkrankung des Cavum cranii ist analog den Erkrankungen der Schleimhäute der Nebenhöhlen des hinteren Nasenrachenraums.

4. Niemals oder sicher nur ganz ausnahmsweise entsteht die Hirnhautentzündung durch Fortleitung einer Erkrankung der Siebbeinzellen.

5. Die Krankheit ist eine exquisite Kinderkrankheit.

6. Die von der Krankheit befallenen Kinder und Erwachsenen haben deutliche Zeichen einer sogenannten lymphatischen Konstitution.

7. Die Krankheit ist eine Inhalationskrankheit.

8. Ihre Bekämpfung ist ganz wesentlich eine wohnungs-hygienische Frage.

9. Der Meningococcus Weichselbaum-Jaeger wird zwar in der Mehrzahl der Fälle gefunden, doch ist ein absolut einwandsfreier Beweis, daß er der alleinige Erreger der epidemischem Zerebrospinalmeningitis ist, noch nicht erbracht. Die Tatsache, daß andere Kokken teils allein, teils gemischt mit dem Meningococcus gefunden werden können, schließt die Möglichkeit nicht aus, daß alle diese Bakterien eine sekundäre Rolle spielen, und daß der eigentliche Krankheitserreger überhaupt noch nicht bekannt ist (Analogie mit Streptokokkeninfektion bei Scharlach). Grätzer.

R. Altmann, Die epidemische Genickstarre. (Medizin. Klinik. 1905. No. 25.) **F. Göppert,** Zur Kenntnis der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 21 u. 22.) Beide Autoren haben — der eine in Zabrze, der zweite in Kattowitz — reichliche Gelegenheit gehabt, die Krankheit genau nach allen Seiten hin kennen zu lernen, und schildern die beobachteten Krankheitserscheinungen sehr eingehend. Es geht aus den Schilderungen hervor, wie verschieden das Krankheitsbild und der Verlauf sein können, und wie schwierig oft die Diagnose werden kann. Immerhin stellen beide Beobachter gewisse Typen auf, die eine Richtschnur abgeben können.

Das Studium der beiden Arbeiten ist dringend zu empfehlen. Grätzer.

B. Weyl, Beitrag zur Kenntnis des Meningococcus intracellularis. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 2.) Bei einem 3jährigen Knaben mit sicherer epidemischer Zerebrospinalmeningitis wurde 4mal die Lumbalpunktion gemacht und zwar 3mal zu Lebzeiten des Kindes, am 17., 21. und 30. Krankheitstage; das letzte Mal ca. $^1/_2$ Stunde post mortem. Jedesmal ergab die bakteriologische Untersuchung des nativen Präparates, sowohl wie der Kulturen die gleichen Mikroorganismen, nämlich semmelförmige Diplokokken, die sich durch ihr ganzes morphologisches und biologisches Verhalten als Meningokokken charakterisieren. Die Meningokokken

zeigten gegenüber der Gramfärbung zu verschiedenen Zeiten verschiedenes Verhalten und zwar in gleicher Weise sowohl in den von der Punktionsflüssigkeit angefertigten Ausstrichpräparaten, wie in den Kulturen. Damit werden die Angaben Heubners bestätigt. Konstatiert wird ferner noch, daß die einmal gezeigte rein Gram-negative Farbenreaktion der Meningokokken bei der Fortzüchtung nicht dauernd beibehalten wurde.

Hecker.

Nobécourt et **Voisin**, Fièvre typhoïde et entérite chez le nourrisson. (Rev. mens. de mal. de l'enfance. Tome XXI. S. 24.)

Verff. teilen einen Fall von Typhus bei einem $1\,^1/_2$ jährigen Mädchen mit. Die Diagnose wurde durch den positiven Ausfall der Widalschen Reaktion erhärtet (1:50 und 1:30). Die Agglutination ließ sich am zehnten Tage (erster Tag nach der Aufnahme) schon nachweisen. An diese Typhuserkrankung schloß sich eine Enteritis an, die vielleicht aber schon vorher bestanden hatte und zu der erst sekundär die Typhusinfektion hinzugetreten war. Diese Enteritis führte zum Tode des Kindes, trotz aller medikamentösen und therapeutischen Bestrebungen. Die Mortalität ist bei Typhus bei Kindern unter 2 Jahren überhaupt sehr hoch (ca. $50\,^0/_0$). Zum Schluß berichten Verff. noch kurz über einen Fall von Typhus bei einem 9 Monate alten Mädchen. Widal positiv 1:30.

Schreiber (Göttingen).

Alberto Solaro, Ein nützliches Phänomen für die Frühdiagnose des Abdominaltyphus der Kinder. (La Pediatria. Juli 1904.) Verff. hat in zwei Fällen von Abdominaltyphus das von Bernard im Archiv für Kinderheilkunde Bd. 36 beschriebene Zeichen konstatieren können, das darin besteht, daß man in der Ileokökalgegend 2—3 taubeneigroße, pararallel zur Körperachse angeordnete Anschwellungen palpiert. In dem einen seiner beiden Fälle wurde Verf. sogar durch jenes Zeichen erst auf die Diagnose geführt. Verf. meint, daß die fühlbaren Anschwellungen den infiltrierten Peyerschen Plaques entsprechen. Vom Kotballen lassen sie sich leicht dadurch unterscheiden, daß diese nach Darreichung von Kalomel verschwinden.

F.

E. Fischer, La diazoréaction dans les maladies de l'enfance. (Inaugural-Dissertation. Paris 1904.) Die Ehrlichsche Diazoreaktion hat diagnostische Wichtigkeit und hat F. diesbezüglich zahlreiche Untersuchungen in der Spitalabteilung von Comby (Hôpital des enfants malades) gemacht und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Bei gesunden Kindern ist die Diazoreaktion negativ, während bei gewissen Krankheiten, wie Masern, Typhus, Miliartuberkulose, Scharlach, akute Angina, Erythema nodosum u. a. dieselbe positiv ausfällt. Andererseits gibt es gewisse Krankheiten, wie akute Nephritis, Appendizitis, Influenza und Rheumatismus bei welchen keine Diazoreaktion gefunden wird. Dieselbe kann also zu differentialdiagnostischen Zwecken benutzt werden, wie z. B. um Typhus von Influenza, Scharlach von ähnlichen Exanthemen zu unterscheiden. Bei chronischer, nicht fieberhafter Tuberkulose ist die Reaktion negativ, während dieselbe hin-

gegen positiv ausfällt, falls es sich um eine akut verlaufende Form, oder um Miliartuberkulose, Meningitis usw. handelt. Auch im Verlaufe von Pneumonie ist die Diazoreaktion in prognostischer Beziehung von Wichtigkeit, indem ein positives Ausfallen derselben auf eine schwere Krankheitsform hindeutet.

E. Toff (Braila).

Kephallinós (Korfu), Über das Vorkommen der Ehrlichschen Diazoreaktion bei Kinderkrankheiten. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 23.) K. untersuchte ca. 6000 Krankenjournale aus den Archiven der Grazer Kinderklinik, um Angaben über den Ausfall der angestellten Diazoproben zusammenzustellen. Aus der dies große Material umfassenden Zusammenstellung ist ersichtlich, daß die Diazoreaktion im Kindesalter — entgegen den Angaben mehrerer Beobachter — nur in einer recht geringen Zahl von Erkrankungen vorkommt, welche überdies wohl nur selten untereinander verwechselt werden können. Diese Erkrankungen sind: Masern und Scharlach, Typhus, Diphtherie, epidemische Genickstarre, Tuberkulose und kruppöse Pneumonie.

Grätzer.

C. Demetrian (Bukarest), Über das Fickersche Typhodiagnostikum. (Spitalul. 1905. No. 4.) Der Verf. hat in zwölf Typhus- und sechs anderweitigen Krankheitsfällen die von Ficker (Berliner klin. Wochenschrift. 1903. No. 45.) angegebene Serumreaktion vergleichsweise mit der Gruber-Widalschen Methode einer Nachprüfung unterzogen und gefunden, daß die Resultate die gleichen sind, daß also für die Klinik und namentlich den praktischen Arzt, welcher nicht über Laboratoriumeinrichtung verfügt, das Fickersche Typhodiagnostikum für alle praktischen Zwecke vollkommen ausreicht. Außerdem hat er die Methode dahin vereinfacht, daß statt einer graduierten Pipette, ein gewöhnliches Tropfgläschen benutzt wird; die Nuancen erscheinen zwar nicht so fein, wie bei dem ursprünglichen Verfahren, doch sind die Resultate genügend brauchbar.

E. Toff (Braila).

M. Pfaundler, Ein automatischer Mischer zur Anstellung von Serumproben. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Graz.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 7.) Die Technik der quantitativen Serumproben wurde seit Grubers und Widals ersten Mitteilungen sukzessive verbessert. Ein Verfahren jedoch, das allen billigen Anforderungen in gleichem Maße gerecht würde, liegt bisher absolut nicht vor. Folgende Forderungen sind nach dem heutigen Stande der Frage, insbesondere vom technischen Standpunkte aus, an ein brauchbares Verfahren zu stellen:

1. Die Verdünnung des Blutes (Serums) muß in einer hinreichenden Zahl sukzessive ansteigender Etappen bis etwa 1:1000 und darüber vorgenommen werden können.

2. Die Herstellung dieser Verdünnungen und die Mischung mit der Bakterienmasse muß in exakter Weise, bequem und rasch ausführbar sein.

3. Die Bakterienmasse darf vor Herstellung des zu beobachtenden Gemenges nicht der Einwirkung stärker konzentrierten Blutes (Serums)

ausgesetzt werden. Der Bakteriengehalt der einzelnen Gemenge muß ein wenigstens annähernd gleicher sein.

4. Es muß — zur Vermeidung der Belästigung des Kranken — ein Minimum von Blut (event. 1—2 Tropfen) zur Anstellung der ganzen Bestimmung ausreichen. Das Verfahren soll im Verbrauche von Bakterienkultur ökonomisch sein.

5. Es darf weder Arzt noch Patient durch Hantierung mit der pathogenen Bakterienmasse gefährdet werden.

6. Der zur Herstellung der Proben dienende Apparat soll einfach, billig, wenig zerbrechlich, leicht zu handhaben, zu reinigen und zu desinfizieren sein.

Diesen Forderungen entspricht ein von P. seit einiger Zeit geübtes Verfahren, zu dem der „automatische Serienmischer“ nötig ist. P. beschreibt dies Instrument und sein Verfahren und zeigt den Wert des letzteren für die Serodiagnostik. Grätzer.

Casimir Habicht, Abnormer Verlauf und Ausgang eines Falles von Abdominaltyphus. (Przeglad lekarski. 1904. No. 43.) Ein 9jähriger Knabe klagt, von der Schule kommend, über Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeiten, wozu sich außerordentlich hartnäckiges Erbrechen hinzugesellt hat. Stuhl soll stets regelmäßig, von fester Konsistenz gewesen sein. Da der Pat. 2 Tage vor der Erkrankung getrocknete und geräucherte Fische genossen hat, wurde an Vergiftung gedacht. Im Spitale, wohin Pat. überführt wurde, wurde konstatiert: Temp. 36°. Der Kranke apatisch, somnolent, doch bei Bewußtsein. Die Pupillen gleich groß, träge reagierend, Puls kaum fühlbar, Perkussion ergibt erweiterte Herzgrenzen, Spitzenstoß nicht tastbar; Herztöne rein, dumpf, 48 mal in der Minute. Das Abdomen nicht aufgetrieben, druckempfindlich, besonders in der Lebergegend. Milztumor. Harn normal. Am meisten leidet Pat. unter dem fortwährenden Vomitus.

Es wurden angeordnet Analeptica, subkutan Coffein, Ol. camph., Eispillen, schwarzer Kaffee usw.

Nächsten Tag besserte sich der Zustand ein wenig, Puls fühlbar, 52 in der Minute, Temp. 36° C., der Pat. lebhafter, Vomitus fortdauernd.

Durch die Besserung aufgemuntert, dringt die Mutter, trotz Abraten der Ärzte, darauf, den Knaben nach Hause zu nehmen. Am Wege zum Bahnhof jedoch erneuert Kollaps, so daß trotz der im Spital angewandten Mittel der Exitus nachts erfolgte. Die Obduktion ergab Abdominaltyphus, nach dem Stande der Darmveränderungen, der dritten Woche entsprechend, eine bedeutende Dilatation des Herzens mit parenchymatöser Degeneration des Herzmuskels. Diese Veränderungen am Herzen waren die Todesursache, bemerkenswert dabei jedoch, daß sich derartige hochgradige Veränderungen einstellen konnten im Verlaufe eines Typhus, der sich weder durch höheres Fieber noch durch besondere Intensität auszeichnete.

Gabel (Lemberg).

B. Hahn, Beitrag zur Pathogenese der transitorischen Aphasie bei Typhus abdominalis und ihrer Beziehung zum

akuten zirkumskripten Ödem. (Aus dem k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1904. No. 46.) Bei einem 12jährigen Knaben stellte sich während eines Typhus plötzlich motorische Aphasie ein, welche nach einer Reihe von Tagen wieder verschwand. Unmittelbar vor dieser transitorischen Aphasie hatten sich die Symptome eines akuten Hautödems in eklatanter Weise gezeigt. Dies führte H. zu neuen Gesichtspunkten zur Erklärung derartiger Sprachstörungen. Diese dürften nicht in stabilen, grobanatomischen Veränderungen ihren Grund haben, sondern sind vielmehr passagerer Natur. Die beim Typhus vom Darmtrakt aus aufgenommenen Toxine bewirken wahrscheinlich vasomotorische Veränderungen; diese führen zu den bei Typhus im Vordergrund stehenden nervösen Erscheinungen, insbesondere auch zur transitorischen Aphasie, wozu sich zuweilen als Nebenaffekt auch vasomotorische Veränderungen der Haut in Form des akuten zirkomskripten Ödems oder einfacher Urticaria gesellen.

Die Tatsache, daß die transitorische Aphasie fast durchgehends bei Kindern beobachtet wurde, erklärt sich aus der leichteren Erregbarkeit der Vasomotoren bei jüngeren Individuen (Kinder erröten leichter als Erwachsene, neigen mehr zu Urticaria usw.). Auch das Verständnis dafür, daß es sich sehr häufig um nervöse („erregbare") Kinder handelt, wird durch die entwickelte Anschauung gefördert.

Grätzer.

J. M. Rachmaninow, Über Hautabschuppung nach Abdominaltyphus bei Kindern. (Djetskaja Medizina. 1904. No. 1.) Eine gesteigerte Abschuppung der Epidermis nach Typhus bei Erwachsenen wird äußerst selten angetroffen. Bezüglich des gleichen Vorganges bei Kindern stimmen die Literaturangaben nicht ganz überein. Die vom Autor im Sophien-Kinderkrankenhause zu Moskau gemachten Erfahrungen zeigten, daß Hautabschuppung nach Abdominaltyphus bei Kindern keine gar so seltene Erscheinung ist. In den Fällen des Autors setzte die Abschuppung gleichzeitig mit dem Beginn des Temperaturabfalls ein oder ging im Stadium der Rekonvaleszenz, nach Schwinden des Fiebers, vor sich. Irgendeinen Zusammenhang zwischen der bezeichneten Hautveränderung und der Schwere der Erkrankung konnte der Autor nicht wahrnehmen. Was die Frage nach der Ursache der Hautabschuppung nach Unterleibstyphus betrifft, so schließt sich der Autor der Anschauung derjenigen Autoren (Weill, Filatoff, Remlinger) an, welche diese Erscheinung als einen trophischen, dem Ausfallen der Haare und der Veränderung der Nägel analogen Vorgang betrachten.

A. Dworetzky (Moskau).

M. Pfaundler, Über den „Pseudotetanus" der Kinder und seine Beziehung zum Tetanus traumaticus. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. August 1904.) Ein 10jähriges Kind zeigte durchaus das Bild, unter welchem von Escherich der „Pseudotetanus" beschrieben worden ist. Obwohl das Kind eine Verletzung davongetragen hatte, und manche Erscheinungen darbot, die auch beim Tetanus traumaticus vorhanden sein können, verwarf P. doch sofort letztere

Diagnose, gegen die schon der relativ leichte Verlauf bei so kurzer Inkubationszeit (4 Tage) sprach. Noch mehr zeigten aber die weiter angestellten Untersuchungen, daß es sich in der Tat um Pseudotetanus handelte. Im Eiter der Wunde und im kranken Gewebe wurden trotz sorgfältiger Nachforschung keine Tetanusbazillen gefunden, im Blute auf der Höhe der Erkrankung kein überschüssiges Tetanusantitoxin und 4 Monate nach Ablauf der Erkrankung kein überschüssiges Tetanusantitoxin.

Trotzdem neigt P. auf Grund der klinischen Beobachtung zur Annahme, daß der „Pseudotetanus" der Kinder dem Tetanus traumaticus ätiologisch sehr nahe steht und von der Gruppe der Tetanieerkrankungen loszulösen sei. Grätzer.

R. J. Beck (Mengen), Ein Fall von Tetanus traumaticus. Heilung nach 4maliger Seruminjektion. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1904. No. 23.) 12jähriger Junge geriet am 9. Oktober unter einen mit Kühen bespannten Wagen und erlitt eine Quetschung am rechten Fuße. Die handtellergroße, stark mit Straßenstaub und Kuhkot verschmierte Hautwunde wurde sorgfältig im Bade gereinigt, der Fuß 3 Tage permanent in warmer Rotterinlösung gebadet. Trotzdem am 19. Oktober erste Zeichen des Tetanus, am 23. ausgebildeter Tetanus. Nachdem andere Mittel versagt, am 24. Injektion von 10 ccm Serum antitétanique vom Institut Pasteur. Der Erfolg ging bald vorüber, es zeigte sich wieder das schwere Krankheitsbild, das erst nach drei weiteren Injektionen wich. Die Rettung des Pat. schien dem Serum zu verdanken zu sein. Grätzer.

S. Rottenstein (Knittelfeld), Ein schwerer Fall von Tetanus. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 3.) Ein 13jähriges Mädchen zog sich bei der Gartenarbeit leichte Verletzungen an den Händen zu und erkrankte nach 10 Tagen an schwerem Tetanus. Da Antitoxinbehandlung nicht wirkte, behandelte R. mit kolossalen Dosen von Narkoticis (viele Tage hindurch täglich 8—10 g Chloralhydrat und 0,04 Morphium subkutan in 2 Dosen), da nichts zu verlieren, alles zu gewinnen war. Es traten recht unangenehme Nebenerscheinungen auf (Bewußtseinsverlust, Aufregungszustände, Exantheme usw.), aber Pat. wurde gerettet. Grätzer.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau), Ein Beitrag zur Behandlung des Wundstarrkrampfes mit Duralinfusion. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 18.) Zwei Fälle von traumatischem Tetanus von mittlerer Intensität bei einem 12- und 10jährigen Knaben, beide geheilt durch Injektionen des Behringschen Tetanusserums in den Duralsack. Der 12jährige Knabe bekam sechs solcher Injektionen zu je 100 A.-E., der 10jährige 16 Injektionen zu 100 oder 50 A.-E., jeden Tag eine. Die Einspritzungen führt N. in Seitenlage aus mit unter die Lenden gelegtem Polster und gekrümmtem Rücken; von einem Ablaufenlassen der Zerebrospinalflüssigkeit steht er ab. Das Antitoxin rief keinerlei Reizung des Gehirns oder Rückenmarks hervor trotz der großen, rasch hintereinander eingespritzten Serummengen. In

keinem der beiden Fälle gelang es, die Krämpfe durch die Antitoxintherapie abzuschneiden; dieselben zogen sich vielmehr wochenlang in die Rekonvaleszenzzeit hinaus. Die Wirksamkeit der Therapie scheint sich mehr in der Hintanhaltung des hohen Fiebers geäußert zu haben. Grätzer.

J. Hotobut, Die Behandlung des Tetanus mit Injektionen von Gehirnemulsionen. (Przeglad lekarski. 1904. No. 51.) Anschließend an mehrere bereits publizierte Fälle von Tetanus, bei denen Gehirnemulsion injiziert wurde, berichtet H. in der vorliegenden Arbeit über zwei neue Fälle, woselbst obenerwähnte Therapie angewendet wurde.

Wie Verf. mit Recht hervorhebt, ist zur endgültigen Urteilsfassung über diese Methode noch viel zu wenig Material gesammelt, erst, wenn dies eingetreten, wird man beim Vergleich dieser Behandlungsart mit der sonst gebräuchlichen entscheiden können, ob durch Verringerung der Mortalitätsziffer man von einer Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel sprechen kann oder nicht.

Die beiden, nun genauer mitgeteilten Fälle betreffen ein 18jähriges Mädchen und einen $7^1/_2$ jährigen Buben, bei beiden war als Krankheitsursache die Verletzung der planta pedis nachzuweisen. Beim ersten Fall, der günstig verlief, wurde zweimal je 48 ccm, einmal 18 ccm Kaninchenhirnemulsion injiziert, dabei aber innerlich Brom verabreicht. Der zweite Fall, der letal endete, kam sehr spät in Behandlung, schon vor der Injektion war der Zustand hoffnungslos und der Exitus erfolgte nach 6 Stunden nach erfolgter Injektion. Dieser Fall sollte eigentlich also gar nicht mitzählen, wird aber vom Verf. mitgeteilt, um dem Vorwurfe, bloß günstige Behandlungsresultate zu veröffentlichen, zu entgehen.

Schließlich hebt Verf. hervor, daß er ursprünglich eine dichtere Emulsion verwendet hat, und schreibt der Dichte der Emulsion zu, daß im ersten Fall nach Injektion von 18 ccm sich ein Abszeß an der Injektionsstelle entwickelte, von nun an will er ein Kaninchenhirn so emulgieren, daß 40—45 ccm Flüssigkeit resultieren soll, womit allen eventuellen unangenehmen Folgezuständen vorgebeugt werden soll.

Gabel (Lemberg).

A. Stein, Über Facialis- und Hypoglossusparese nach Spontangeburt. (Aus der Univers.-Frauenklinik in Heidelberg.) (Zentralbl. f. Gynäkologie. 1905. No. 11.) Bei einem Neugeborenen bestand linksseitige kombinierte Facialis-Hypoglossusparese, außerdem fand sich eine etwa kirschgroße teigige Schwellung der Haut an der Stelle des linken Proc. mastoideus. Während die Hypoglossusparese einige Tage länger bestand, war die Facialisparese und mit ihr auch die Schwellung hinter dem linken Ohr schon etwa am 8. Tage verschwunden. Diese Erscheinungen traten auf bei einem spontan geborenen, ausgetragenen Kinde, dessen Schädelmaße in keinem Mißverhältnis standen zu den mütterlichen Beckenmaßen, und dessen Austreibungszeit die Norm nicht überstieg.

Die Schwellung an der Austrittsstelle des Facialis sieht St. für ein

typisches Hämatom an, das beim Durchtreten des Kopfes durch den Beckenausgang entstand, und zwar in folgender Weise: Bei dem etwa 1/4 Stunde währenden Dammschutz ist für kurze Zeit die linke Gesichtshälfte dem linken Schambeinast stärker angedrückt worden; dieser kurzdauernde Druck hat nicht ausgereicht, Usuren der Kopfhaut zu erzeugen, war aber immerhin stark genug, zu kleinen Blutextravasaten unter derselben zu führen; sie haben aber nicht nur extrakraniell stattgefunden, müssen vielmehr sich auch an der Basis cerebri abgespielt haben, wofür die Hypoglossuslähmung Beweis genug ist. „Bei zentralen Lähmungen," sagt Kehrer, „entstehen bei den protrahierten Geburten durch langdauernden Druck von seiten des Promontorium vielleicht bloß einfache Kompressionen der Großhirnrinde oder wahrscheinlicher kortikale Blutextravasate. Oder aber es bilden sich Hämorrhagien an der Basis cerebri, da wo der Nerv (Facialis) denselben verläßt; dann ist in der Regel die Facialisparese mit Lähmung anderer Nerven, des Hypoglossus oder Oculomotorius beispielsweise, kombiniert." Das trifft wohl auch für obigen Fall zu, es scheint aber, als ob diese Kombination von Facialis- und Hypoglossuslähmung enorm selten ist.

Im obigen Fall mußte neben dem palpablen extrakraniellen Hämatom auch noch ein intrakranieller, an der Basis cerebri befindlicher Bluterguß angenommen werden. Für die Annahme zweier Hämatome sprach ja auch die Tatsache, daß die beiden Lähmungen verschieden lange Zeit anhielten; das außen sichtbare Hämatom, das sicherlich den Facialis drückte, brauchte 8 Tage zur Resorption, und Hand in Hand damit verschwand auch die Facialisparese; der basale Bluterguß brauchte etwa 13 Tage bis zum Verschwinden, denn da war die Hypoglossusparese völlig gewichen. Grätzer.

Ant. Hengge, Gefahren der Schultzeschen Schwingungen. (Aus der Greifswalder Univers.-Frauenklinik.) (Münch. med. Wochenschrift. 1904. No. 48.) H. fand bei der Obduktion von Leichen Neugeborener, die zum Zweck der Wiederbelebung mit Erfolg geschwungen worden waren, einige Stunden später aber doch gestorben waren, wiederholt subseröse und intraparenchymatöse Blutungen (Perikard, Pleura, Leber, Nebennieren usw.) und glaubt, letztere auf die Schwingungen zurückführen zu müssen. Es können letztere also schwere Schädigungen zur Folge haben und sollten, wenn irgend möglich, durch andere Wiederbelebungsversuche ersetzt werden. Wendet man sie aber an, so sollte man durchaus rite und mit großer Vorsicht manipulieren, besonders stärkere Abkühlung des Kindes vermeiden. Grätzer.

B. S. Schultze (Jena), Die angeblichen Gefahren und die sicheren Vorteile der künstlichen Atmung durch Schwingen der tiefscheintoten Kinder. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 6.) Sch. verteidigt seine erprobte und bewährte Methode der künstlichen Atmung mittels Schwingens gegen neue von Hengge gegen dieselbe erhobenen Vorwürfe. Die von Hengge laut Obduktionsprotokollen an drei unreifen Neugeborenen von 2000, 2050 und 2500 gr Gewicht nachgewiesenen subkapsularen Leberhämatome und

subperitonealen Darmhämatome erklärt Verf. für die Folgen der Asphyxie und nicht als Folge der Wiederbelebungsmethode. Sie gehören, in eine Reihe gesetzt, zu den subserösen Ecchymosen am Herzen, an den Lungen und anderen Organen und sind von Rokitansky, Weber, Förster und anderen älteren pathologisch-anatomischen Autoren als Folge der Asphyxie beschrieben worden, zu einer Zeit, wo die Schwingungen noch gar nicht bekannt waren.

Verf. erklärt die sämtlichen, namentlich von Ludw. Knapp sorgfältig registrierten Vorwürfe gegen seine Methode als unberechtigt, und die Befunde als Folge entweder der Asphyxie oder der vorausgegangenen geburtshilflichen Operation oder als Folge einer unrichtig angewandten Ausführung der Schwingungen.

Kritik.

Als Schüler Sch.s schließe ich mich auf Grund reichlicher eigener Erfahrung voll und ganz diesen Ausführungen an. Was alles für Bewegungen habe ich nicht als „Sch.sche Schwingungen" anwenden sehen. Richtig angewendet ist keine Methode so ungefährlich und keine so wirksam. Wohl hatten schon Champney und Vorggler gefunden, daß die Schwingungen am Manometer den größten Ausschlag im Vergleich zu allen anderen Methoden ergaben. Sie erzielten jedoch nur eine Differenz von 10—14 mm Hg. Sch. selbst hat aber einen Ausschlag von 40 mm Hg am Manometer erzielt. Verletzungen habe ich nie erlebt, wohl aber oft überraschend gute Resultate. Niemals ist noch Mißerfolg mittels der Schwingungen, noch ein Erfolg mit einer anderen Methode zu erzielen gewesen. Man versäume daher nicht, die freilich nach dem Buche schwer erlernbare Methode sich von Sch. oder einem Schüler desselben zeigen zu lassen, wenn sich Gelegenheit dazu bietet.

Ziegenspeck (München).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die gemeinsame Tagung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte

in Wiesbaden am Sonntag, den 30. April 1905.

Vorsitzende: Herr Pfeiffer (Wiesbaden) und Herr Biedert (Straßburg).

Nach Begrüßung der zahlreich erschienenen Mitglieder und Freunde der Vereinigungen durch Herrn Pfeiffer beginnt Herr Siegert (Köln) mit seinem Vortrage **Über Erblichkeit der Rachitis und über die Stellung des Kinderarztes im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit.** Nach kurzen Ausführungen über die von ihm schon mehrfach vertretene Ansicht über die Erblichkeit der Rachitis betont Vortr., daß mehr

wie bisher die einzelnen im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit persönliche Fühlung suchen, nach einheitlichem Programm vorgehen müssen, indem jeder Kenntnis erhält von den Erfolgen und Mißerfolgen des andern, von den Wegen, die zum richtigen Zusammenarbeiten mit den Kommunen und privaten Wohlfahrtsbestrebungen führen. Was zu geschehen hat, ist relativ bekannt, nicht aber wie es anzufangen ist und wie auszuführen. Die Ursachen der Sterblichkeit der Säuglinge liegen nicht nur am seltenen Stillen, an der schlechten Milch, an der Unerfahrenheit der Mütter. Die Wohnungsnot, das Schlafstellenunwesen, die fehlenden Fortbildungsschulen für der Schule entwachsene Mädchen —, zur Ausbildung in Küche, Hausarbeit, Wäschebehandlung, Säuglingspflege und -ernährung betreffend —, die Unmöglichkeit des Stillens wegen der sozialen Lage, der Mangel an Mutterschutz und Mutterberatungsstellen, das Unwesen von „geschulten" Wärterinnen und Hebammen, die fehlende Generalvormundschaft, die fehlende ärztliche Kontrolle aller Ziehkinder und unehelichen Kinder im ersten Lebensjahr sind ebensosehr Gegenstand kinderärztlicher Sorge und Mitarbeit, wie die Errichtung von Säuglingsspitälern, -heimen, -krippen und Beratungsstellen. Daß die Beschaffung einwandsfreier Milch, von Unterstützungen für stillende Mütter usw. ebenfalls durch gemeinsames Vorgehen der Kinderärzte, nicht im Einzelkampf, sehr zu fördern ist, liegt auf der Hand; aber um Wohlfahrtseinrichtungen muß es sich handeln, nicht um Wohltätigkeit, um Recht, nicht um Unterstützung.

Zur Diskussion bekennt Paffenholz, daß er unüberwindliche Schwierigkeiten gefunden habe, die Erblichkeit der Rachitis zu beweisen. Die Anamnese sei doch zu wenig zuverlässig. Eine angeborene Neigung zur Rachitis erkenne er an. Gernsheim (Worms) glaubt, daß 80% der Rachitisfälle von der Mutter, 20% vom Vater ererbt seien. Für die große Kindersterblichkeit sei auch die mangelhafte Ausbildung der praktischen Ärzte in der Behandlung der Säuglingsverdauungskrankheiten verantwortlich zu machen. Selter (Solingen) ist der Ansicht, daß es nicht so leicht sei, die Säuglingssterblichkeit zu verringern, als es die Worte Siegerts darstellten. Rey hat sich von der Erblichkeit der Rachitis in seiner nun 13 jährigen praktischen Tätigkeit nicht überzeugen können. Den Kinderärzten, die sich alle ehrliche Mühe gäben, würde an manchen Orten ihre Arbeit durch regelrechte Hetzen und falsche Denunziationen von seiten der anderen Ärzte die Arbeit erschwert. Das erfolgreichste Mittel gegen die Säuglingssterblichkeit sei Belehrung über den Wert des kindlichen Lebens, Ordnung und lange Pausen in der Ernährung, Reinlichkeit, beschränkte Kinderzahl. Würtz (Straßburg): Die Säuglingssterblichkeit ist Folge der Unkenntnis der jungen Mutter; Abhilfe durch Verteilen gedruckter Anleitungen, Belehrung der Hebammen. Koeppe (Gießen) mißt den sozialen Maßnahmen große Bedeutung für Herabminderung der Säuglingssterblichkeit bei. Cahen-Brach (Frankfurt) glaubt, daß das Befallenwerden des einen von Zwillingen mit Rachitis, während der andere sich normal entwickelt, für Erblichkeit der Rachitis spreche. Biedert (Straßburg) betont, daß man die Siegertschen Vorschläge nicht genug unterstützen könne. Die Säuglingssterblichkeit sei vielfach die Folge des sozialen Elends, dessen Besserung auch die Säuglingssterblichkeit vermindern müsse. Die Kenntnisse auch der Kinderärzte über zweckmäßige Ernährung seien keineswegs als abgeschlossen zu betrachten. Die Errichtung der von ihm zum Zwecke der Untersuchung und Selbstbelehrung über Verdauungsstörungen und deren Ursache empfohlenen Versuchsanstalten würden auf diesem Gebiete zum Fortschritt führen. Lugenbühl (Wiesbaden) glaubt, daß viel gegen die Säuglingssterblichkeit geschehen könne durch Hervortreten der Kinderärzte an die Öffentlichkeit, durch Mitarbeit bei den Frauenvereinen usw. Siegert (Schlußwort): Das Volk soll ein Recht haben, keine Unterstützung; zu diesem Rechte gehört eine genügende Existenz, eine genügende Wohnung, eine genügende Bildung, eine genügende Milch für den Säugling. Belehrung sei durchaus am Platze mit den Merkblättern, welche die Standesämter verteilen, durch Belehrung der Hebammen, Ausbildung der jungen Mädchen in den Fortbildungsschulen könne noch viel erreicht werden. Er beantragt im Hinblick auf die ungemein ausgedehnte lebhafte Diskussion des Vortrages auf die Tagesordnung einer jeden Versammlung der beiden Vereinigungen das Thema zu setzen: Diskussion der praktischen Tätigkeit der Vereinsmitglieder auf dem Gebiete der Säuglingssterblichkeit.

Hans Koeppe (Gießen): **Säuglingsmortalität und Auslese im Darwinschen Sinne.**

Vielfach ist behauptet worden, daß die hohe Säuglingsmortalität im Sinne der Darwinschen Auslese wirke: Alle den zukünftigen Anforderungen des Lebens

nicht gewachsenen Säuglinge gehen schon im ersten Lebensjahre zugrunde, nur die starken, für den Kampf ums Dasein gut ausgerüsteten Kinder überstehen die Gefahren des Säuglingsalters und sind infolgedessen noch in späteren Jahren widerstandsfähiger. Dieser Naturzüchtung soll die mit allen Mitteln der Wissenschaft mögliche Aufzucht lebensschwacher Kinder entgegenwirken. Die Bestrebungen der Kinderärzte und neuerdings auch des Staates und der Kommunen, die hohe Säuglingsmortalität zu verringern, wären demnach nicht angebracht, sogar in gewissem Sinne schädlich.

Gegen diese Behauptungen, die von anderer Seite schon mehrfach Zurückweisungen erfahren haben, bringt der Vortr. neues Material, aus dem hervorgeht, daß die im ersten Lebensjahre durch ungünstige Gesundheitsverhältnisse dezimierten Geborenen in dem zweiten Lebensjahre durchaus nicht widerstandsfähiger sind, sondern im Gegenteil selbst bei allgemeinen guten Gesundheitsverhältnissen noch weiter in diesem Jahre Schädlichkeiten erliegen.

Der Vortr. berücksichtigte bei einer Statistik über die Mortalitätsverhältnisse der Stadt Gießen außer der Säuglingsmortalität auch die Mortalität der 1—2jährigen. Die Zahlen hierfür hat der Vortr. aus den Totenscheinen der letzten 10 Jahre herausgezogen und in Beziehung zu den Geburten der betreffenden Jahre gesetzt.

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903
Geburten	564	549	588	593	636	620	642	634	663	663
Gestorbene:										
0—1 Jahr	71	80	70	96	76	89	79	106	67	104
1—2 Jahre	21	12	29	18	22	17	30	13	33	20
Mortalität in Prozent:										
0—1 Jahr	12,6	14,6	11,9	16,2	11,9	14,3	12,3	16,7	10,1	15,7
1—2 Jahre	—	2,4	6,1	3,4	4,4	3,1	5,6	2,3	6,2	3,3

Diese Statistik zeigt deutlich, daß die durch ungünstige allgemeine Gesundheitsverhältnisse dezimierten Säuglinge auch im nächsten Jahre noch weiter dezimiert werden, trotz besserer allgemeiner Gesundheitslage und trotzdem doch die Auslese im ersten Jahre eine scharfe war und alle lebensschwachen hinwegraffte, die übrigbleibenden waren weniger widerstandsfähig als die übrigbleibenden der Jahre, in welchen eine geringere Säuglingsmortalität, „eine milde Auslese", festzustellen ist. Die Erklärung ist folgende: In Jahren mit schlechten Gesundheitsverhältnissen wird allerdings eine scharfe Auslese gehalten, alle schwachen werden dahingerafft, nur die kräftigen überleben das erste Jahr. Diese überlebenden waren allerdings die kräftigeren, aber am Ende des Jahres sind sie es nicht mehr, die ungünstigen Verhältnisse töteten nicht allein die schwachen, sondern machten die kräftigen auch krank und schwach, so daß im zweiten Lebensjahre diese nun selbst geringeren Anforderungen erliegen müssen.

Diskussion: Biedert wendet sich gegen die Angabe Raths in den Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes, daß geringe Kindersterblichkeit und hohe Tuberkulosesterblichkeit und umgekehrt miteinander einhergehen. In seinem Düsseldorfer Vortrage habe er an der Hand der bayrischen Statistik das Gegenteil nachgewiesen. Die Kindersterblichkeit raffe nicht die für Tuberkulose geeigneten Individuen weg, wohl aber machten die Ernährungskrankheiten die Kinder auch für ihr späteres Leben widerstandsunfähiger. Paffenholz wünscht bei Besprechung der Säuglingssterblichkeit die Sommersterblichkeit von der übrigen zu trennen, da die Sommersterblichkeit die Gesamthöhe fast allein bestimme. Rosenhaupt betont, daß die Statistik K.s entgegen Siegerts Ansicht doch für eine besonders hervorragende Bedeutung der Milchversorgung spreche. Die Milchverderbnis wechsle mit den klimatischen Verhältnissen. Er empfiehlt daher, die Statistiken in Beziehung zu den jeweiligen klimatischen Verhältnissen zu bringen. Rey weist darauf hin, daß verschiedentlich der Nachweis erbracht ist, daß jene Gegenden, die den geringsten Prozentsatz an Militärtauglichen stellen, auch die höchste Kindersterblichkeit haben. Cahen-Brach fragt an, ob auch anderwärts beobachtet worden sei, daß, wie in Frankfurt, im Sommer die Sterblichkeit verhältnismäßig weniger Verdauungsstörungen auftraten als zu der Zeit, wo die Temperatur herunterging. Selter wünscht die Statistik Koeppe über ganz Preußen ausgedehnt.

Koeppe (Schlußwort zur Diskussion): Eine Statistik, welche sich auf die Mortalität nicht nur des Jahres, sondern auch der einzelnen Monate bezieht, und welche somit Sommer- und Wintermortalität zum Ausdruck bringt, wird am Gesamtresultat nichts ändern, wohl aber sind gewiß einzelne Nuancen zu erwarten.

Der Einfluß der Infektionskrankheiten auf die Mortalität der letzten 10 Jahre ist ein geringer und ändert nichts, vor 1894 machte die Diphtherie sich erheblich geltend, so daß die Zahlen sich wesentlich verschieben.

Den Wunsch, die Statistik auf ein größeres Gebiet ausgedehnt zu sehen, hat der Vortr. schon am Schlusse seines Vortrages erledigt durch Mitteilung, daß er für die Jahre 1891—1896 für das gesamte Preußen die gleichen Ergebnisse gefunden hat.

Die Beziehungen zwischen Säuglingssterblichkeit und Militärtauglichkeit, sowie Tuberkulosesterblichkeit, von denen behauptet wird, daß die hohe Säuglingssterblichkeit im Sinne der Auslese wirke und infolgedessen in Ländern mit hoher Säuglingsmortalität eine geringe Tuberkulosemortalität und ein höherer Prozentsatz an Militärtauglichen sich feststellen lasse, sind von Biedert, Gruber, Kruse und Prinzing widerlegt worden. Diese Autoren kommen alle, wie auch der Vortr., zu dem Schluß:

Die hohe Säuglingsmortalität wirkt nicht selektorisch.

Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): **Die Leberverfettung der Säuglinge.**

Nachdem Vortr. einen kurzen Überblick über die klinische Ätiologie der Leberverfettung im Kindes- und Säuglingsalter gegeben hat, berichtet er über chemische Untersuchungen an Säuglingsfettlebern, die er am Dresdner Säuglingsheim angestellt. Diese erstreckten sich auf die Jodzahl des extrahierten Fettes, bedeuten also eine Bestimmung der Ölsäure.

Es ergab sich dabei, daß die Fettleber an chronischen Ursachen oder an konstitutioneller Schwäche verstorbener Säuglinge (Frühgeburt, Atrophie) eine auch im höheren Säuglingsalter — wo das Fett an Ölsäure zunimmt — absolut niederere Jodzahl hat als die Fettleber, die ihre Entstehung akut-toxisch wirkenden Vorgängen (Sepsis, akute Enteritis, Enteritis follicul., toxischer Enterokatarrh) verdankt.

(Erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Zur Diskussion Selter: Nach Schilderung Rosenhaupts handelt es sich um eine Fettdiarrhöe (Biedert). Es gibt aber auch toxische Darmstörungen, die gerade bei fetthaltiger Nahrung abheilen. Sonnenberg (Worms): Es gibt sicher toxische Darmkatarrhe, die durch der Milch infolge der Ernährung beigemischten Toxinen entstehen (Futtergifte). Triepke (Koblenz) beobachtete toxische Enterokatarrhe mit rasch auftretender, auffallend tiefer Untertemperatur. Rosenhaupt (Schlußwort): Der toxische Enterokatarrh ist klinisch dadurch am schärfsten charakterisiert, daß jede Fettzufuhr schwere akute Verschlimmerung herbeiführt, auch das Fett der Frauenmilch.

Nebel (Solingen): **Über Säuglingsernährung mit gesäuerter Vollmilch** (vorläufige, abgekürzte Mitteilungen). Gesäuerte Vollmilch und Magermilch sind von Biedert zuerst angegeben und Fermentmilch genannt worden.

In Solingen-Haan geschieht die Säuerung mit Reinkultur von Milchsäurebazillen oder mit frischer Buttermilch. Während des Säuerns an warmem Orte wird die Vollmilch öfters geschüttelt, falls die Portionen klein sind, sonst aber bei Herstellung größerer Mengen nach etwa 12stündigem Säuern tüchtig zerschlagen, in Einzelportionen gekocht, in sterile Flaschen gefüllt, sterilisiert und schnell abgekühlt.

Die Indikationen für die Anwendung sind: 1. Störungen der Kohlehydratverdauung, 2. mäßige Störungen der Eiweißverdauung und 3. um Buttermilchkinder allmählich zur Vollmilch überzuführen.

Ist der gute Vollmilchstuhl ein etwa hellgelber, mittelweicher, geformter Ballen von angenehm fäkalem Geruch, alkalischer Reaktion, ohne Fett und ohne Jodreaktion, mit einzelnen Nothnagelschen Körnern, hat der gute Buttermilchstuhl eine grüngelbe Farbe, weiche, geformte Konsistenz, fäkalaromatischen Geruch, stärker alkalische Reaktion und reichlich Nothnagelsche Körner, so hat der Stuhl der gesäuerten Vollmilch mittelweiche bis festere, geformte Konsistenz, fäkal schwächer aromatischen Geruch, ausgesprochen alkalische Reaktion und ziemlich reichlich Nothnagelsche Körner.

Nach der Überlegung, daß Buttermilch und gesäuerte Vollmilch nur die Säuerung erfahren haben, könnte man annehmen, daß der Unterschied im Fettgehalte den wesentlichen Unterschied dieser beiden Nahrungsmittel ausmachen möchte. Theoretisch hätte die gesäuerte Vollmilch den Vorzug, neben gesäuertem, also leichter verdaulichem Eiweiß den ganzen Fettgehalt der Vollmilch zu besitzen und daher eine geringere Eiweißzufuhr zu ermöglichen. Dieser Fettgehalt würde außerdem imstande sein, die Reaktion im Darm bis in tiefere Abschnitte sauer zu gestalten. Unsere klinischen Versuche zeigten aber, daß bei einigen Kindern mit gestörter Eiweißverdauung die im ganzen Tagesquantum eiweißreichere Buttermilchnahrung bessere Resultate, also Heilung zeitigte, wo die an Gesamteiweiß ärmere und fetthaltigere Vollmilch versagt hatte.

Worin diese Überlegenheit der gesäuerten Magermilch und Vollmilch über die frische Kuhmilch besteht, ob es der bloße Säuregehalt ist, ob es Nebenwirkungen der Säuerung aufs Eiweiß sind, worin endlich die Überlegenheit der Buttermilch über gesäuerte Vollmilch besteht, die neben dem Fettmangel nur den Unterschied grösserer Verdünnung hat, ist vorläufig des Genaueren nicht zu sagen.

Lugenbühl (Wiesbaden) demonstriert einen **Fall von Zwergwuchs.** Es handelt sich um ein 17 jähriges Mädchen, 106 cm groß, mit Ausnahme des Kopfes in allen Teilen proportional entwickelt, drittes Kind gesunder, nicht blutsverwandter Eltern, 3 Geschwister normal, 4 Geschwister tot, außerdem 5 Aborte nach der Geburt der Patientin. Nach dem 1. Lebensjahr 6—7 mal Krämpfe, darnach Rückbleiben im Wachstum, Laufen mit 2 Jahren, Sprechen zur normalen Zeit. Status: Durchaus normal gebaut wie ein 5—6 jähriges Kind. Haut normal, Haare etwas dünn, geringe allgemeine Hyperhidrosis, Genitalia infantil, große Labien bedecken kleine nicht, nicht menstruiert. Knochen ohne Verkrümmung, schlanke Gelenke, innere Organe normal. Schädel dolichocephal, Umfang 43 cm ohne Difformität, stark vorspringende Nase, langes, schmales Gesicht mit stark zurücktretendem Kinn. Camperscher Gesichtswinkel etwa 80°. Zähne normal, Schilddrüse palpabel, nicht vergrößert, Auge lebhaft, gute Intelligenz.

Röntgenbefund: Durchaus normale Verknöcherung, dem Alter entsprechend, es dürfte sich beim Schädel um Nanocephalie handeln. Am Femur deutliche ossifizierende Periostitis ohne traumatische Ursache, die bei den Aborten an Lues denken läßt.

Weintraud (Wiesbaden) demonstriert einen **Fall von Mikrocephalie und Idiotie.**

Guradze (Wiesbaden): Die Behandlung der **schweren Skoliosen mit dem forziertem Redressement.** G. hat nach dem Verfahren Wullsteins in den letzten drei Jahren fünf Patienten behandelt und berichtet über den Erfolg dieser Behandlung bei den schwersten Formen der Skoliosen unter Demonstration von sehr interessanten übersichtlichen photographischen Aufnahmen, teilweise auch unter Vorführung der Patienten. Der von Wullstein konstruierte Apparat wird demonstriert. Die erreichten Resultate bestehen in: ad I wurden die Patienten stark gestreckt und dadurch vergrößert, besonders auffällig ist das Längerwerden des Halses, ad II die Abweichung der Wirbelsäule wurde erheblich korrigiert und der gegen das Becken völlig verschobene Rumpf wieder über die Mitte des Beckens gestellt, ad III der große Rippenbuckel erheblich abgeflacht und dadurch die komprimierten Brust- und Bauchorgane entlastet. Besserung der Atmung, der Zirkulation und der Verdauung, besseres Aussehen, Gewichtszunahme.

Gierlich (Wiesbaden): **Infantiler Kernschwund.**

Vortr. zeigt ein Mädchen von 14 Jahren, welches mit doppelseitiger Facialis- und linksseitiger Hypoglossuslähmung zur Welt kam. Außerdem besteht Blicklähmung nach rechts und links bei erhaltener Konvergenzbewegung der Augen. Die übrigen Hirnnerven, speziell Pupillenreaktion und Akkommodationsvermögen, sind intakt. Da die Lähmung im Facialis- und Hypoglossusgebiet sich als atrophische erweist und die elektrische Erregbarkeit fehlt, so ist der Sitz der Affektion ins periphere motorische Neuron zu verlegen und bei der Multiplizität der befallenen Nerven in die Nähe der Kernregion. Speziell weist der doppelseitige Verlust der seitlichen Augenbewegung auf eine Zerstörung der subkortikalen Blickzentra im Pons hin, welche frontalwärts vom Abduzenskern in der Formatio reticularis zu suchen sind und durch das hintere Längsbündel den Abduzenskern der einen mit dem Internus der anderen Seite in Verbindung setzen (Monakow).

Das Krankheitsbild ist identisch mit dem von Möbius im Jahre 1888 und 1892 zuerst beschriebenen sogenannten „infantilen Kernschwund". Die Annahme einer Affektion der Kernregion ist jüngst durch die bisher einzige pathologisch- anatomische Untersuchung eines hierher gehörigen Falles der Berliner Kinderklinik völlig bestätigt worden. Doch hier fand Heubner statt einer isolierten Degeneration der Kerne eine mangelhafte Ausbildung der ganzen befallenen Pons ohne entzündliche oder degenerative Produkte, so daß er keinen Schwund, sondern eine Aplasie annimmt, die nach Anlage der zuerst gebildeten sensiblen Kerne das Organ in der Entwicklung hemmt. Ob die Annahme auch für jene Fälle zutrifft, die nach der Geburt noch fortschreiten, erscheint zweifelhaft. Vortr. hebt den Wert weiterer pathologisch-anatomischer Untersuchungen hervor, die deshalb bisher so spärlich vorgenommen sind, weil die beschriebene Affektion den Exitus nicht herbeiführt, dagegen bei interkurrenter Erkrankung leicht übersehen wird. (Ausführliche Veröffentlichung anderwärts.)

Zur Diskussion: Neter berichtet über eine eigene diesbezügliche Beobachtung bei einem 5 Monate alten, gut entwickelten Säugling.

Rensburg (Elberfeld): **Zur chronischen Bronchitis im Kindesalter.**

Er charakterisiert das Bild der chronischen, häufig rezidivierenden Bronchitis. Den dabei neben den objektiven Erscheinungen der Bronchitis auftretenden physikalischen Erscheinungen von Emphysem liegt kein Emphysem im pathologisch-anatomischen Sinne zugrunde. Eine besondere Form der chronischen Bronchitis im Säuglingsalter zeigt oft bei sonst guter Entwicklung des Kindes monatelang reichliche Schleimabsonderung. Die geringe Neigung zur spontanen Expektoration erschwert die Heilung. Die Eigenartigkeit des kindlichen Respirationstraktus bestimmt die Eigenartigkeit des klinischen Bildes. Rauhes feuchtes Klima in Verbindung mit individueller Disposition bedingen die Häufigkeit der Affektion.

Therapeutisch hat R. weniger von Medikamenten als von physikalischen Mitteln Erfolg gesehen, Schwitzkuren, Lungenventilation durch tiefe In- und Exspiration, hervorgerufen durch Thoraxkompression oder Einatmung komprimierter Luft. Hierzu empfiehlt er den vor Jahren von Biedert konstruierten transportablen pneumatischen Apparat (Fabrikant S. H. Jochem-Worms), den er demonstriert; durch eine von Füth auf Ungars Veranlassung in den achtziger Jahren konstruierte Vorrichtung ist er auch für kleinere Kinder zu benutzen. Dauererfolg muß durch zweckentsprechende Abhärtung gesichert werden. Dabei ist sorgfältiges Dosieren des Kältereizes, Vermeidung brüsken Vorgehens und jeder nervösen Erregung Bedingung. Der Aufenthalt an der See unterstützt die Unterdrückung der Disposition.

L. Tobler (Heidelberg): **Über die Lymphocytose des Liquor cerebro-spinalis bei kongenitaler Syphilis.** (Vorläufige Mitteilung.)

Untersuchungen von neurologischer Seite haben ergeben, daß die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit ein sehr häufiges und äußerst wertvolles Symptom der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems darstellt. Vereinzelte Mitteilungen weisen darauf hin, daß die Lymphocytose auch bei nicht im zentralen Nervensystem lokalisierter Lues vorkommt. Vortr. hat bei kongenitaler Lues nach dem Symptom gesucht; in 4 klinisch sicheren Fällen von Lues im ersten Lebensjahr (3 Autopsien) war es in ausgesprochener Weise vorhanden, bei einem derselben noch zu einer Zeit, wo alle sicheren klinischen Symptome fehlten. Sollte sich an einem größern Material zeigen, daß das Symptom mit einiger Konstanz erwartet werden darf, so würde dadurch unser diagnostisches Können um ein wertvolles Stück bereichert; dies wäre umsomehr der Fall, als die Diagnose der hereditären Lues in sehr vielen Fällen besonders wo längere Beobachtung nicht möglich ist) einerseits sehr schwer und in hohem Grade von subjektiven Faktoren abhängig, andererseits verantwortungsreich ist (Ammenfrage). Die Untersuchungen werden fortgesetzt.

Schlesinger (Straßburg): **Ermüdungsmessungen an normalen und schwachbegabten Schulkindern.**

Der Vortr. stellte eingehende ästhesiometrische Untersuchungen an 50 Kindern aus der Volksschule und an ebensovielen Schwachbegabten aus der Hilfsschule an. Von den ersteren zeigte am Ende des Vormittagsunterrichts ein Drittel keine oder nur unwesentliche Änderungen des Schwellenwertes; fast ebensoviele wiesen eine geringe Erhöhung desselben, also eine, wenn auch nur leichte Ermüdung auf; ein Sechstel aber zeigte regelmäßig eine starke Vergrößerung der

Tastschwelle, letzteres meist bei relativ mäßig veranlagten, fleißigen, aufmerksamen Schülern oder bei solchen, die zu körperlicher Früharbeit vor dem Unterricht angehalten waren. Schließlich zeigte ein Sechstel, meist schlechte Schüler, fortschreitende Erholung. Die Konstitution der Schüler ließ keine einheitlichen Anhaltspunkte erkennen.

Bei den schwachbegabten Schülern lag, wenn sie erst einmal für diese Untersuchungen befähigt waren, der Durchschnittsschwellenwert nicht wesentlich höher als bei normalen Kindern. Auffallend war dabei eine verhältnismäßige Häufigkeit extrem niederer Werte, bei vielen eine relative Breite der Sphäre der unsicheren Antworten, namentlich bei hohen Schwellenwerten, endlich das rasche Eintreten von Zeichen subjektiver Ermüdung im Verlaufe ein und derselben Prüfung, unabhängig von der objektiven, meßbaren Ermüdung, dies im Gegensatz zu einer Verfeinerung des Tastsinnes, einem Übungszuwachs bei normalen Kindern. — Zu einer stärkeren Ermüdung im Laufe des Vormittagsunterrichts kam es bei den Hilfsschülern nur selten; bemerkenswert war vielmehr die Häufigkeit eines hohen Schwellenwertes am Morgen, vor Beginn des Unterrichts, ferner die Seltenheit einer Erholung während der zweistündigen Mittagspause, schließlich die Häufigkeit einer starken Ermüdung während des — auch nichtwissenschaftlichen — Nachmittagsunterrichts. Es spricht aber manches dafür, daß für die ästhesiometrisch nachweisbare Ermüdung gerade bei diesen Kindern vielfach weniger der Unterricht als andere, namentlich in ihrer Individualität begründete Momente, maßgebend und verantwortlich zu machen sind.

Vortr. zieht eine Reihe praktischer Schlüsse aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen.

Zur Diskussion: Selters bezweifelt den Wert der ästhesiometrischen Prüfung.

Cahen-Brach fragt an, ob des Vortr. Untersuchungen zu Klärung der Frage beitrügen, ob geteilter oder ungeteilter Tagesunterricht vorzuziehen sei.

Hoffmann (Heidelberg) trägt die Ergebnisse der histologischen Untersuchung **eines Falles von Barlowscher Krankheit** vor, mit Demonstration makroskopischer und mikroskopischer Präparate.

Das 11monatige, ausschließlich mit Nestle-Mehl ernährte Kind einer gesunden Familie (keine Rachitis) war seit seinem 6. Monate erkrankt, zunächst mit Erscheinungen, welche auf Rachitis deuteten. Bei Aufnahme Symptome Barlowscher Krankheit, Blutungen unter dem Periost usw. Später Zahnfleischveränderungen, Petechien der Haut, Blut in Stuhl und Urin. Fieber.

Gleichzeitig schwerer Darmkatarrh, an welchem nach 2monatlichem wechselnden Verlauf Exitus erfolgte.

Die Sektion ergab außer den im Begriff der Ossifikation stehenden Periostblutungen an Femur und Tibia äußerste Anämie usw., punktförmige Blutungen auf den Peritoneum im Dick- und Dünndarm, Blutungen an der Epiphysenlinie sämtlicher Knochen, Epiphysenlösung an Femur und Tibia, starke Verdickung der Rippenepiphysen.

Mikroskopisch zeigte sich eine Verwerfung der Epiphysenlinie, Versprengung von Knorpel- und Knocheninseln, Bildung von Gerüstmark, Knorpelwucherung bei Persistenz der präparatorischen Verkalkungslinie, Blutungen, Pigmentierung, hyaline Degeneration, unregelmäßige Kallusbildung an den Frakturen an der Epiphysenlinie, Fehlen eines geordneten Ineinandergreifens der Knochen- und Knorpelneubildung. Vermißt wurde durchweg eine Ausbildung von osteoiden Säumen um die Knochenbälkchen, so daß das Bestehen einer konkurrierenden Rachitis trotz der klinischen Symptome abgelehnt werden mußte. Es kann also ein reiner Barlow klinische Zeichen von Rachitis hervorrufen.

Die an den Präparaten persistierend nachgewiesene präparatorische Verkalkungslinie ließ sich sowohl an Röntgenaufnahmen der präparierten Knochen, als auch an während des Lebens gewonnenen Radiogrammen mit voller Schärfe nachweisen und kann zur Differentialdiagnose gegen Rachitis verwandt werden.

An einem weiteren Fall, dem Schwesterchen des obduzierten, konnte die Brauchbarkeit dieses Kriteriums festgestellt werden. Ohne bestimmte Symptome von Barlow-Krankheit angewiesen, ließ das Röntgogramm diese Diagnose stellen, welche durch den weiteren Verlauf bestätigt wurde.

Ibrahim (Heidelberg) demonstriert Bilder eines 8 Wochen alten Säuglings mit **Hirschsprungscher Krankheit**, bei dem er den Entstehungsmodus des Leidens

durch mehrfache Abknickung der primär abnorm langen Flexura sigmoidea nachweisen konnte. (Ausführliche Mitteilung in der Deutschen med. Wochenschr.)

Im Anschluß hieran demonstriert Selter das Präparat eines dilatierten Dickdarmes; ob es sich dabei um Hirschsprungsche Krankheit handelt, ist ihm fraglich.

$6^1/_2$ Uhr Schluß der Sitzung. Rey.

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Nach Wiener klin. Wochenschr.)

Sitzung vom 17. Februar 1905.

Norbert Swoboda: **Über Selbstheilung von Angiomen.**

Nach Weinlechner ist die Selbstheilung von Angiomen ein seltener Vorgang, welcher auf zweierlei Weise zustande kommen kann. Erstens durch Rückbildung ohne Entzündung, wie es scheint, durch eine Art Gefäßobliteration und Schrumpfung bedingt. Bei den flächenhaften Angiomen erblaßt nicht selten der rote Fleck in der Mitte und macht einer narbig aussehenden Vertiefung Platz. Obgleich Weinlechner diesen Vorgang wiederholt beobachtete, so konnte er sich doch von einer vollständigen spontanen Heilung eines Angioms nie überzeugen, indem dasselbe bei anscheinend zentraler Heilung in der Peripherie weiterkroch. Er erwähnt jedoch, das Schuh einen zur Genesung führenden Rückbildungsprozeß bei einem hühnereigroßen subkutanen Angiom an der Schulter beobachtet hat.

Zweitens kann Heilung eintreten durch Entzündung mit Eiterung oder Gangrän, wodurch einerseits Obliteration der Gefäße, anderseits partielle oder gänzliche Ausstoßung der Gefäßschwulst erfolgt. Die Entzündung kann die Folge eines Traumas sein oder selbständig als Erysipel, Phlegmone usw. auftreten.

Kaposi erwähnt nur die Spontanheilung durch allmähliche Obliteration der Gefäße binnen der ersten Lebensjahre mit Hinterlassung weißglänzender narbenähnlicher oder pigmentierter Flecke. Diese beobachtete er namentlich beim diffusen Naevus flammeus und dem flachen Angioma simplex.

Nach Winiwarter kommen narbige Schrumpfungen nicht selten vor; die Gefäße obliterieren zum Teil, es entwickeln sich bindegewebige Stränge und die Neubildung verwandelt sich in eine eingezogene Narbe. Bei umfangreichen Angiomen könne dies im Zentrum der Geschwulst geschehen, während an der Peripherie die Gefäßneubildung Fortschritte macht. Doch heilen auch solche Angiome auf diese Weise spontan aus. Beeren- oder schwammähnliche prominierende oder gestielte Geschwülste kollabieren infolge von Obliteration der Gefäße an der Basis, trocknen ein und fallen ab. Bei flachen Teleangiektasien bemerkte er im Verlauf dieser Rückbildung zuweilen ganz unter der Epidermis, besonders in den Spitzen der Papillen, kleine Hohlräume mit einer kolloidalen Flüssigkeit gefüllt, die auch platzen können: es sind zystös erweiterte Gefäßschlingen, deren Verbindung mit der blutführenden Umgebung unterbrochen ist und deren Inhalt die hyaline Metamorphose eingegangen ist.

In einer neueren Arbeit von Kramer findet sich die Angabe, daß Spontanheilung auch infolge von Kachexie auftreten könne, so bei Kindern mit schwerer Gastroenteritis. Die Speisung der Angiome mit Blut sei in diesen Fällen so gering, daß die Gefäße kollabieren, oder es komme durch die verlangsamte Zirkulation zur Bildung von Thromben.

Diesen Angaben möchte ich hinzufügen, daß die spontane Rückbildung von gewissen, flachen Teleangiektasien leichten Grades (Feuermälern), die wir so oft bei Neugeborenen in der Gegend der Glabella und in der Nackengegend finden, etwas sehr häufiges ist, daß jedoch die Naturheilung der von Billroth als „mäßige Teleangiektasien" bezeichneten voluminösen Geschwülste (Blutschwamm, Angioma simplex) jedenfalls als ein seltenes Ereignis zu bezeichnen ist.

Auf Grund eigener Beobachtungen kann ich ferner den von den zitierten Autoren angeführten Ursachen der Spontanheilung von Angiomen noch ein Moment hinzufügen: den während des Geburtsaktes auf die Geschwulst ausgeübten Druck, bezw. die während der Geburt auftretenden Zirkulationsstörungen, welche zur Thrombose der Gefäßgeschwulst führen können.

Ich glaube, daß man sogar noch einen Schritt weiter gehen und die Hypothese aufstellen darf, daß auf analoge Weise auch in utero derartige Spontanheilungen vorkommen und daß ein Teil der angeborenen Narben auf diese Weise entstanden ist. Ich denke hierbei vor allem an jene flachen oder leicht vertieften, glatten, weißglänzenden Narben, deren Aussehen an die Narben nach Paquelin-Schorfen erinnert.

Jetzt bezeichnet man als Ursache der angeborenen Narben in seltenen Fällen intrauterine Verletzungen, am häufigsten das Abreißen amniotischer Hohlstränge. Wenn man aber die von v. Hofmann, Dittrich, Hochstetter, Bürger u. a. mitgeteilten Fälle durchsieht, so läßt sich die Möglichkeit, einige der dort beschriebenen Narben durch Selbstheilung von Angiomen zu erklären, nicht von der Hand weisen.

In den letzten drei Jahren hatte ich Gelegenheit, vier Fälle von Selbstheilung von Angiomen zu beobachten. Den Verlauf des ersten Falles kann ich leider nur an Photographien demonstrieren.

Dieser Fall betrifft die Selbstheilung eines größeren Angioms infolge einer während der Geburt entstandenen, zu Thrombose führenden Zirkulationsstörung in der Geschwulst.

Ich sah das jetzt drei Jahre alte Kind unmittelbar nach der Entbindung, welche nach mehrstündiger Geburtsdauer in erster Schädellage erfolgte. Das sonst sehr gut entwickelte Kind hatte, wie auf der ersten Photographie zu sehen ist, auf der rechten Wange ein etwa 1 cm hohes, halbkugelig prominierendes, an der Basis 2,4 cm breites, typisches Angioma simplex. Der flaumig weiche, beim Schreien turgeszierende Tumor war dunkelblaurot, von glänzender Oberfläche. Beim Abtasten von der Mundhöhle aus fühlte man in der etwa 1 cm weit in die Tiefe reichenden Geschwulstmasse hartinfiltrierte Partien. An der Peripherie fand sich eine 4 bis 5 mm breite, wachsgelbe, ziemlich scharf begrenzte Zone im Niveau der gesunden Haut. Im Verlauf der nächsten sechs Tage konnte ich täglich die fortschreitende Rückbildung des Tumors verfolgen. Nach dieser Zeit war er wesentlich flacher, überragte das Hauptniveau nur 2 bis 3 mm, der größte Durchmesser an der Basis betrug 2 cm. Die harte, gelbe Randzone war größtenteils verschwunden, der Tumor dagegen war größtenteils hart. In der Mitte hatte sich eine schwarzrote, scharf begrenzte, eingetrocknete Stelle gebildet, welche anscheinend einer nekrotischen Partie entsprach. Am zehnten Tage fand sich nach Abfallen der Borke an Stelle des Tumors eine flache, glatte Grube mit bräunlich pigmentierter und von erweiterten Gefäßen durchzogener Oberfläche. Auf der zweiten, am 14. Tage aufgenommenen Photographie ist zu sehen, daß der Tumor vollständig verschwunden war. Später bildeten sich auch die erweiterten Gefäße zurück und es blieb eine weiße, etwa kreuzergroße, narbenartige, etwas eingesunkene Stelle zurück, welche ich sechs Monate später auf Wunsch der Eltern exstirpierte. Es zeigten sich weder in der Narbe noch im subkutanen Gewebe Spuren von Gefäßerweiterungen.

Ich konnte in diesem Falle gleich am ersten Tage aus dem Vorhandensein der erwähnten harten gelben Randzone die Prognose stellen, daß eine sogenannte Selbstheilung eintreten wird, weil ich diesen Prozeß bereits früher als Sekundärarzt der Findelanstalt zu beobachten Gelegenheit hatte. Der Verlauf ist aber nicht immer ein so günstiger. In einem in der Findelanstalt beobachteten Falle, von dem ich hier eine Aquarellskizze zeige, war bei einem Kinde, welches auf dem Oberschenkel ein großes, flaches Angiom hatte, die Wendung auf dieses Bein gemacht worden Bei der nach mehreren Stunden erfolgten Entbindung war dieses infolge von Zirkulationsstörungen ganz blau. Noch an demselben Tage zeigte sich die charakteristische wachsgelbe Randzone um das Angiom. Dieses bildete sich aber nicht allmählich zurück, sondern zerfiel gangränös und es trat Erysipel hinzu, welchem das Kind erlag.

Ich hatte ferner Gelegenheit, an der Kinderabteilung des Herrn Prof. Dr. Frühwald drei Fälle von Sebstheilung von Angiomen durch Entzündungsprozesse infolge zufälliger äußerer Schädlichkeiten (Kratzwunden, Ekzem) zu beobachten.

Bei dem ersten dieser Fälle, einem jetzt $2^3/_4$ Jahre alten Kinde, sehen Sie auf dem linken Scheitelbeine eine unregelmäßig begrenzte 1 cm lange, 3 mm breite,

weißglänzende, am Knochen nicht festhaftende Narbe. Hier hatte das Kind bei der Geburt ein stecknadelkopfgroßes Angiom, welches nach $1^1/_2$ Jahren kreuzergroß, etwa 2 mm prominierend, von brombeerartigem Aussehen war. Zu dieser Zeit erkrankte das Kind an Eczema seborrhoicum des Kopfes. Bei den sehr heftigen Kratzversuchen wurde das Angiom mit den Fingernägeln verletzt, es blutete ziemlich stark, dann bedeckte sich die Stelle wie die Umgebung mit sehr dicken Seborrhoekrusten. Nach drei Wochen, als die Krusten abfielen, war an Stelle des Angioms eine rote, leicht eingesunkene, stark schuppende Stelle zu sehen, welche erst nach Wochen das jetzige Aussehen annahm.

Der zweite Fall ist ganz analog. Er betrifft ein jetzt zweijähriges Kind, welches bei der Geburt ein linsengroßes, hellrotes Angiom auf dem linken Vorderarm hatte. Dieses hatte sich bis zum achten Monat zu einem etwa bohnengroßen Blutschwamm entwickelt. Zu dieser Zeit erkrankte das Kind an einem stark juckenden Ekzem der Extremitäten. Infolge einer Kratzwunde bildete sich auf dem Angiom eine Kruste, welche nach 14 Tagen abfiel. An Stelle des Angioms war nun ein schmutzigroter schuppender Fleck zu sehen, welcher sich jetzt als eine weißglänzende Narbe repräsentiert.

Der dritte Fall betrifft ein heute ein Jahr altes Kind, welches bei der Geburt über der großen Fontanelle ein linsengroßes Angiom hatte. Dieses entwickelte sich bis zum achten Monat zu einem an der Basis 3 cm breiten, etwa 3 cm hoch vorgewölbten Tumor. Zu dieser Zeit soll das ziemlich unrein gehaltene, an Pedikulosis leidende Kind sich auf dem Angiom eine kleine Kratzwunde beigebracht haben. Zunächst bildete sich ohne vorhergegangene Blutung in der Mitte ein eiterndes Geschwür, welches sich bald mit dicken Krusten bedeckte. Erst nach drei Wochen fiel die Borke ab. Seither hat sich nichts geändert. Wir sehen jetzt eine flache, an der Basis 3 cm breite, etwa 3 mm hohe flaumig-weiche, kompressible, mit dünner, bläulich durchschimmernder Haut bedeckte Geschwulst, durch welche die noch offene große Fontanelle durchzutasten ist. Auf der Kuppe der Geschwulst sehen wir eine scharf begrenzte, zackige, glatte, weißglänzende Narbe von etwa 1,5 cm Durchmesser, welche von einem schmalen, aus teleangiektatischen Gefäßen gebildeten Wall umgeben ist.

In diesem Falle ist also noch ein kleiner Teil des Blutschwammes übrig geblieben und es läßt sich nicht sagen, was mit diesem Reste geschehen wird. Wie oben erwähnt, findet sich bei Winiwarter die Angabe, daß solche Fälle später spontan vollständig ausheilen können.

Max Haudek: Ich gestatte mir, über eine Modifikation in der **Technik des Gipsbettes** Mitteilung zu machen, die sich mir als sehr praktisch bewährt hat.

Bei der Behandlung der Spondylitis ist das Gipsbett unstreitig eines unserer wichtigsten Behelfe und haben wir insbesondere bei der Behandlung kleiner Kinder und im entzündlichen Stadium auch bei älteren Individuen im Gipsbett das einzige zuverlässige Mittel. Für die Herstellung des Gipsbettes, das wir je nach dem Sitze des spondylitischen Herdes als Reklinations- oder Extensionsgipsbett anwenden, ist die von Lorenz angegebene Technik die allgemein gebräuchliche. Bei dieser wird das Gipsbett aus schmalen Gipsbinden hergestellt, die in Längs- und Quertouren auf den Körper abgewickelt werden. Bei einiger Übung bietet die Lorenzsche Technik des Gipsbettes allerdings keine Schwierigkeiten, doch nimmt die Herstellung eines solchen immerhin ziemliche Zeit in Anspruch und wird desto schwieriger, um je kleinere Kinder es sich handelt, da sich diese bei der Anfertigung ja meist recht ungebärdig benehmen. Besonders in solchen Fällen binden sich die ersten Bindetouren oft nur unvollständig, lösen sich dann ab und bilden sich auch häufig bei dem Abwickeln der ersten Bindetouren an der Innenfläche des Bettes Falten und Unregelmäßigkeiten.

Diesen Übelständen begegne ich durch die von mir geübte Technik und hat das Verfahren vor allem zwei Vorzüge: erstens ermöglicht es eine sehr rasche Anfertigung des Bettes und zweitens zeigt dieses Bett eine glatte und faltenlose Innenfläche.

Die Technik ist folgende: Ich schneide mir aus Stärkebindestoff 9 bis 12 Stücke, welche die gewünschten Dimensionen des Gipsbettes in der Länge und Breite jederseits um etwa 8 bis 10 cm überragen. Ich fertige das Bett gewöhnlich so an, daß es von der Stirnhaargrenze bis gegen die Mitte der Oberschenkel reicht und den Körper seitlich bis zur anderen Axillarlinie umfaßt. Die einzelnen Bindestücke werden gut mit bestem Alabastergips imprägniert, in Lagen von je

drei geordnet und diese lose zusammengerollt. Ist alles vorbereitet, so wird der betreffende Pat. auf die zu verwendende Lagerungsvorrichtung gelegt und die Wirbelsäule je nach Sitz und Beschaffenheit des spondylitischen Herdes und der beabsichtigten Einwirkung in Extension oder Reklination gebracht. Ich verwende einen Rahmen aus Rundeisenstäben, der am Operationstisch angebracht werden kann; in demselben sind verschiebliche Quergurten gespannt, die eine entsprechende Lagerung des Patienten ermöglichen. Kopf- und fußwärts sind Rollen für etwaige Extensionszüge angebracht.

Der Körper des Pat. wird gut eingefettet, über den Kopf kommt eine doppelte mit Öl durchtränkte Lage weißer Gaze. Die vorbereiteten Gipsbinden werden in der gewöhnlichen Weise zurechtgemacht und rasch hintereinander vom Kopfe zu den Füßen hin auf dem Körper abgerollt. Jede Lage wird dem Kopf und Körper mit den Handflächen gut angeschmiegt und insbesondere werden am Halse die Konturen herausgearbeitet; eventuell kann man die Binden hier seitlich etwas einschneiden. Die folgenden Binden werden mit den vorausgegangenen durch kräftiges Streichen gut gebunden und muß besonders an den Seiten für exakte Adaptierung gesorgt werden. Die Teile der Gipsbinden, die überflüssig sind, werden umgeschlagen. Die Umschlagstellen müssen besonders gut gebunden werden, damit sie nicht nachher, wenn das Überflüssige weggeschnitten wird, blättern; zweckmäßig wird dann der Rand mit einer Gips- oder Stärkebinde überwickelt und so ein guter Abschluß geschaffen. Für Kinder genügen drei bis vier, für Erwachsene vier bis fünf Binden; eine Verstärkung, besonders am Halsteil, kann noch durch eingelegte Schusterspähne oder eine entsprechend gebogene Eisenschiene hergestellt werden. Das Gipsbett ist in drei bis vier Minuten fertig und wenn der Gips gut war, meist nach einer weiteren Minute schon so weit hart, daß er abgehoben werden kann. Das Bett ist dann ein genaues faltenloses Negativ des Körpers, an dem sich die Konturen genau abzeichnen, so daß dann die nötigen Ausschnitte leicht anzubringen sind. Will man auch noch die Beine in das Bett mit einbeziehen, so wird der entsprechende Teil der Binden in der Mitte längs durchschnitten und kann dann leicht den Beinen angepaßt werden. Das Gipsbett fertige ich, wie schon vorhin erwähnt, direkt über dem Körper an, ohne Unterlage von Watte; die Betten sind immer genügend weit und können eventuell, ehe sie ganz hart werden, noch an den Rändern etwas auseinander gebogen werden. Die weitere Ausfertigung geschieht in der üblichen Weise. Die so hergestellten Betten wende ich nicht nur bei der Behandlung der Spondylitis, sondern auch in allen jenen Fällen an, in denen die Verordnung eines Gipsbettes indiziert ist.

Diskussion: Weinlechner findet das demonstrierte Gipsbett schön und zweckentsprechend; seiner Erfahrung gemäß gäbe er jedoch bei tuberkulöser Erkrankung der Wirbelsäule einem vom Bandagisten gefertigten, entsprechend gepolsterten Unterlagsbrette, auf welchem der Pat. durch zwei Schulter- und einen Beckengurt bei freier Beweglichkeit aller Extremitäten fixiert liegt, den Vorzug, namentlich während der Wachstumsperiode. Auf diesem Brette gelagert, ist der Kranke in einem Wagen leicht ins Freie transportabel und da Brust und Unterleib keinen Druck erleiden, so ist das Allgemeinbefinden minder gefährdet als bei einem anliegenden Gipsverbande, was bei einem zum mindesten ein Jahr währenden Krankenlager von hoher Wichtigkeit ist. Die Ausheilung der Wirbelsäule geht bei der geringen Beweglichkeit ohne Anstand vor sich und ohne völlige Erlahmung der Muskeltätigkeit. Unter den vielen nach dieser Methode behandelten Fällen erinnert sich Weinlechner eines jetzt noch funktionierenden höheren Beamten, welcher infolge des Wirbelleidens an Lähmung der unteren Extremitäten litt und vollkommen ausgeheilt wurde; weiter erwähnt er die Krankengeschichte eines Mädchens, welches vom Hausarzte während der Liegezeit zum Aufstehen ermuntert wurde und hierbei sofort wegen Lähmung der unteren Extremitäten zusammenbrach. Nach Wiederaufnahme der Lagerung am Brette ist bei schließlicher Benutzung eines abnehmbaren Mieders vollständige Heilung eingetreten und hat sie Weinlechner später als Mutter mit ihrem Kinde wiedergesehen. Im Kinderspital lag ein Mädchen in gleicher Behandlung und als die Wärterinnen das Kind eigenmächtig aufstehen ließen, ist gleichfalls Lähmung eingetreten, welche bei fortgesetztem Liegen wieder ausheilte. Ebenso ist bei dem Töchterchen eines praktischen Arztes, welches infolge seines Wirbelleidens an einem Senkungsabszeß in der Leistengegend litt, nach Punktion und Injektion von Jodoformemulsion bei Lagerung auf dem gepolsterten Brette vollständige Heilung eingetreten. Wein-

lechner ließ späterhin ein abnehmbares Mieder bis zum vollendeten Wachstum tragen, um der Zunahme der Deviation an der Wirbelsäule vorzubeugen.

Haudek: Der von Herrn Hofrat Weinlechner beschriebenen Stütz-, bezw. Lagerungsvorrichtung entspricht das Gipsbett vollkommen, nur daß dasselbe die Lagerung und Fixation des Pat. in exakterer Weise gestattet als die Schienenvorrichtung.

IV. Therapeutische Notizen.

Das Antitussin in der Behandlung des Keuchhustens und seine Stellung gegenüber den anderen gebräuchlichen Keuchhustenmitteln beleuchtet Dr. R. Rahner (Gaggenau). Er hat Antitussin seit 1900 bei 200 Fällen von Keuchhusten angewendet, und zwar nach Heims Vorschrift, indem er ein nußgroßes Stück der Salbe auf den vorher mit Seife gereinigten Hals, die Brust und Interskapulargegend einreiben ließ. Nur in 20 Fällen (kompliziert mit schwerer Rachitis und Bronchopneumonie) Mißerfolge, 180 mal prompte Reaktion, d. h. in den meisten Fällen trat vom fünften Tage an zunächst eine Verminderung der Anfälle um ca. 50—70 % ein, und von da ab verminderten sich die Anfälle von Tag zu Tag sowohl an Zahl, als auch in ihrer Intensität, bis gegen Ende der zweiten Woche der Keuchhusten einem lockeren Husten Platz machte, der in weiteren 5—6 Tagen fast völlig verschwand. Die schwere Atemnot, Zyanose, Erstickungsgefahr wichen schon nach den ersten Einreibungen; ein Weiterschreiten der Infektion in die tieferen Abschnitte des Respirationstraktus fand nicht statt, und damit kam es nicht zu den so gefürchteten Komplikationen. Bei rechtzeitiger Anwendung verhütet Antitussin das Stadium convulsivum. Es ist außerdem ohne jede schädliche Nebenwirkung und läßt sich sehr bequem anwenden, auch bei den kleinsten Kindern. Alle anderen Behandlungsmethoden des Keuchhustens halten einen Vergleich nicht aus, auch die therapeutische Wirkung ist, wie sich R. überzeugte, eine viel geringere. Nur mit Chinin hat R. auch gute Erfolge gehabt, besondere in der Anwendungsweise nach Monti: bei größeren Kindern Chinin mur., bei Kindern unter 2 Jahren Chinin tannic. wie folgt ordiniert:

Rp. Chinin. mur. (Chinin. tannic.)
Natr. bic.
Sacch. alb. āā 1,0
D. in part. aeq. No. X
S. 2 stündl. 1 Pulver.

Aber auch Chinin wirkt nicht so prompt wie Antitussin und wird oft verweigert.
(Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 25.)

Erfahrungen mit Polanos Brutapparat veröffentlicht Dr. Gutbrod (Heilbronn). Der einfache und billige Apparat, der nach seiner Ansicht in jeder Beziehung vorzüglich ist, hat sich ihm bestens bewährt.
(Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 24.)

Eine Verbesserung der Milchpumpe von Ibrahim hat Dr. M. Forest vorgenommen. Die Modifikation des kleinen, handlichen Apparates macht eine Berührung der Milch mit dem Gummiballon so gut wie unmöglich, auch verhindert die Neigung des Einflußrohres jedes Stagnieren der Milch. Für 2 Mk. zu beziehen von P. Altmann, Berlin NW. Luisenstraße 47. (Ibidem.)

Ein einfacher Apparat zur Darmspülung in der kinderärztlichen Sprechstunde ist nach den Angaben von Dr. Eug. Fromm (München) bei der Firma Beck & Hess (München) hergestellt worden. In eine gewöhnliche Kinderbadewanne wird ein hölzerner Rost hineingepaßt, dessen schmäleres Ende auf dem Boden der Wanne aufsteht, während das obere breitere Ende, im Niveau des obersten Fünftels der Tiefe der Wanne, der Wand der letzteren anliegt. Die obere Hälfte des Rostes, auf welche das Kind zu liegen kommt, ist durch eine abnehmbare, etwa 5 mm dicke Gummiplatte gepolstert. Das von den Sprossen des Rostes und von den Wänden der Wanne abfließende Wasser wird durch ein Abflußrohr in einen unter der Wanne stehenden Eimer geleitet. Sind keine weiteren Darmspülungen

zu machen, so kann die Wanne vom Dienstpersonal hinausgetragen und draußen gründlich (mit Lysol und Sodalösung) ausgewaschen werden und es ist unnötig geworden, vor dem Eintritt des nächsten Patienten das ganze Sprechzimmer reinigen zu lassen. Folgen mehrere einer Darmspülung bedürftige kleine Pat. direkt aufeinander, so daß zu einer jedesmaligen gründlichen Auswaschung der Wanne keine Zeit bleibt, dann werden die von der Spülflüssigkeit besprengten Teile der Wanne mit einer Lysollösung begossen und außerdem die Kinder durch Zwischenlage mehrerer Windeln oder Handtücher vor der Berührung mit infektiösem Material geschützt. (Ibidem.)

Praktische Erfahrungen mit den Fetronpräparaten Liebreich veröffentlicht Dr. E. Becker (Städt. Krankenhaus Charlottenburg). Fetronseife und Fetroncream bewährten sich bestens bei spröder Haut und Intertrigo. Fetronpuder leistete ebenfalls sehr gute Dienste bei Intertrigo, nässenden Ekzemen, Pemphigus u. dergl., wo es ganz hervorragende austrocknende und antiseptische Eigenschaften zeigte. Ung. Hydrarg. praecip. c. Fetron. parat. wurde bei zahlreichen Fällen von skrofulösem Ekzem angewandt an Nase, Mund der Kinder und wirkte hier prompt; desgleichen bei skrofulöser Keratitis und Blepharitis marginalis. Ung. Hydrarg. ciner. c. Fetron. parat. wurde mit gutem Erfolge zu Schmierkuren benutzt. Endlich erwies sich die Pasta Zink. c. Fetron. parat. als sehr brauchbar bei nässendem Ekzem, wo die stark austrocknende Wirkung sich deutlich offenbarte.

(Therap. Monatshefte, Juni 1905.)

Über Vials tonischen Wein teilt Dr. M. Steiner (Herzogl. Landeskrankenhaus Altenburg S.-A.) seine Erfahrungen mit. Das Präparat besteht aus Chinawein, Fleischextrakt und Kalziumlaktophosphat, drei eminent wirksamen Bestandteilen. Kein Wunder, daß die Kombination eine ausgezeichnete tonische, roborierende Wirkung hat. St. behandelte damit zehn Pat., zum Teil äußerst heruntergekommene Personen, und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Bei Phthise speziell leistete der Wein die größten Dienste. Aber auch bei allen Arten von Verdauungsstörungen, Schwächezuständen, in der Rekonvaleszenz nach langen Krankheiten u. dergl. bewährte es sich bestens. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 2.)

Thymobromal, ein neues Keuchhustenmittel, empfiehlt Dr. E. Wechsler (Prof. Frühwalds Kinderabteilung der Wiener allgem. Poliklinik). Das Präparat wird durch Mazeration von Herba thymi, Fol. Castaneae vescae und Radix Senegae erzeugt; das Percolat wird mit Sacchar. zu einem Syrup gekocht und pro 5 g (1 Kaffeelöffel) 3 Tropfen Bromoform zugefügt. Kindern im 1. und 2. Lebensjahre gibt man 3 mal täglich und 1 mal nachts 15—20 Tropfen, im 3. und 4. Jahre ebenso $^1/_2$ Kaffeelöffel, vom 5.—8. Jahre 1 Kaffeelöffel, später 1 Kinderlöffel. W. hat das Mittel in 30 Fällen angewandt, fast durchwegs mit befriedigendem, zuweilen mit glänzendem Erfolge, und ohne je unangenehme Nebenwirkungen zu bemerken.

(Wiener med. Presse. 1905. No. 22.)

Zur Behandlung von Strychninvergiftungen macht H. Meyer (Berlin) eine bemerkenswerte Mitteilung. Nachdem er schon früher durch Versuche festgestellt hatte, daß Bromocoll die Strychningiftwirkung herabzusetzen imstande ist, hatte er jetzt bei sich selbst Gelegenheit, die Bromocollwirkung bei einem Falle von Strychninvergiftung kennen zu lernen, die er sich anläßlich von Selbstversuchen mit Strychnin zuzog. Er nahm 48 stündlich 0,01 g Strychnin. nitr. per os und stieg langsam auf 0,09 g (!) pro dosi. Die Dosen von 0,08 g und 0,085 g hatten nicht die geringsten Nebenwirkungen gehabt, bei 0,09 g trat 1 Stunde später eine heftige Reaktion ein (starke Erhöhung der Reflexerregbarkeit). M. machte sich sofort eine intravenöse Injektion von 10 ccm Sol. Bromocolli (10 %). Inzwischen war die Strychninwirkung immer intensiver geworden (entfernte Geräusche, das durch sich einstellenden Trismus hervorgerufene Knirschen der Zähne genügte, um den ganzen Körper zum Zittern zu bringen). Dies dauerte noch ca. $1^1/_2$ Minuten nach Injektion des Bromocolls an, dann begann die Reaktion zu schwinden, 16 Minuten nach der Injektion war keine Strychninwirkung mehr zu konstatieren, selbst Beklopfen einzelner Nerven erzeugte keine Reaktion mehr. Eine erhebliche Schwäche in den Vorder- und Lähmungserscheinungen in den Hinterextremitäten blieben zurück, wurden aber durch Einnahme von Vials tonischem Wein auch sehr bald beseitigt. Diese außerordentlich günstige Wirkung auf nach überstandenem Strychnintetanus auftretende Schwäche und Lähmung seitens des genannten Toni-

cums trat auch bei Tierexperimenten zutage. — Auf Grund seiner Versuche schlägt M. folgende Behandlung der Strychninvergiftung vor: Je nach der Schwere der Erscheinungen Injektionen von 10—50 ccm Solut. Bromocolli (10%) zur Hälfte in die rechte, zur Hälfte in die linke Vena cephalica brachii, außerdem an mehreren Stellen des Körpers, besonders in der Nackengegend, Einspritzung der gleichen Lösung und Verreiben dieser Flüssigkeitsmengen über den ganzen Körper; zur Nachbehandlung Vials tonischen Wein.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1905. No. 20.)

Studien über das neue Eisen-Eiweißpräparat „Eisen-Roborat“ publizieren Dr. F. Schmidt (Nieuwe Schans) und Dr. E. Krüger (Göttingen). Zunächst wurden an diesem von H. Niemöller in Gütersloh dargestellten Präparat analytische Studien gemacht, die sehr zugunsten des Präparates ausfielen. Tierexperimente zeigten dann, daß das Eisen-Roborat ganz erheblich den Appetit zu steigern vermag, daß es dabei für Magen und Darm gänzlich unschädlich und selbst in hohen Dosen relativ ungiftig ist, daß ferner das Eisen darin tatsächlich assimiliert wird. Therapeutische Versuche an anämischen und neurasthenischen Kranken, vorzüglich aber bei chlorotischen Mädchen, ergaben ebenfalls die Vorzüge des Präparates. Vor allem trat die appetitanregende Wirkung eklatant hervor. Das Präparat wurde von seiten des Magendarmkanals ohne Beschwerde vertragen, ja es regelte sogar Verdauung und Stuhlgang. Es hob ferner rasch die Zahl der roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt des Blute und übte endlich einen überaus günstigen Einfluß auf das Nervensystem aus. Vor allem bei Behandlung der Pubertätschlorose bewährte sich Eisen-Roborat außerordentlich.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1905. No. 40.)

Aristochin bei Keuchhusten empfiehlt Privatdoz. Dr. H. Koeppe (Gießen) auf Grund 30 damit behandelter Fälle, die sehr günstig durch das Mittel beeinflußt wurden. K. gab allerdings ziemlich hohe Dosen, die anfangs nur 1—2 mal täglich, bald aber 3—4—5 mal gereicht wurden. Bei Kindern unter 1 Jahr und bei schwächlichen älteren Kindern betrug die Einzeldosis 0,2 g, bei über 1 Jahr alten 0,5 g. In allen Fällen wurde einige Zeit nach Verabreichung des Aristochins Salzsäuremixtur nachgegeben. Die hohen Dosen wurden durchwegs gut vertragen, das Mittel gern genommen, in mancherlei Form verabfolgt (dem einen Kinde mit Zucker, dem anderen in Fruchtgelée, Milch u. dergl.). In allen Fällen nahmen die Hustenanfälle an Zahl und Intensität sehr bald und nachhaltig ab, auch die Dauer der ganzen Erkrankung erschien abgekürzt; frühzeitig gegeben, schien Aristochin vielfach den Keuchhusten zu koupieren.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1905. Nr. 9.)

Zur Behandlung des Schnupfens der Säuglinge empfiehlt Dr. Hecht (Beuthen, Oberschl.) als einfaches, sich gerade für den Praktiker eignendes Mittel Einträufelung einer 0,5% Sozojodol-Zinklösung mit Glyzerinzusatz, welch letzterer entzündliche Schwellungen beseitigt und damit die behinderte Nasenatmung wiederherstellt. Diese günstige Wirkung lernte H. auch bei Nasendiphtherie Scharlachkranker schätzen, denen diese Einträufelungen große Erleichterung bringen. Wo der Schnupfen reichliche Absonderung eines wässerig-schleimigen Sekretes zur Folge hat, erfolgt nach der Einträufelung reichliche Entleerung durch Mund und Nase, wodurch der Nasenrachenraum gründlich gesäubert wird. Durch Herabfließen des Medikamentes an der hinteren Rachenwand wird auch eine Entzündung des Nasenrachenraumes verhütet bezw. bekämpft. Werden die Einträufelungen fortgesetzt, so pflegt die Absonderung bald nachzulassen und Heilung einzutreten, selbst bei skrofulösen Kinden, wo sonst der Schnupfen sich doch meist als sehr hartnäckig erweist.

(Die Therapie der Gegenwart. Mai 1905.)

Zur Behandlung der Kapillarbronchitis empfiehlt Dr. A. Herzfeld (New-York) ein Verfahren, das er seit 10 Jahren mit brillantem Erfolge anwendet. In einer Schüssel mischt er Alkohol und Wasser āā 250 ccm. Dieser Mischung setzt er Spirit. Sinapis 15—50 ccm je nach Schwere des Falles zu. Ein großes Stück Flanell wird in diese Mischung getaucht, nicht allzufest ausgerungen und der Körper des Kindes bis zu den Oberschenkeln darin eingewickelt. Um diesen feuchten Flanell wird ein trockener geschlagen, der den ganzen Körper des Kindes einhüllt. In dieser Packung bleibt das Kind bis Atmung und Herzaktion besser

werden oder die Haut sich rötet, wenigstens 30 Minuten. Nachher kommt es in eine Packung von Alkohol und Wasser 1 : 2 (ohne Spirit. Sinap.) für 1—2 Stunden, darnach erfolgt trockene Einwickelung. Wenn nötig, wird alles dies täglich mehrmals vorgenommen. (Therap. Monatshefte. Mai 1905.)

Eine bequeme und einfache Irrigationsspritze für die Kinderpaxis hat Dr. Pfaffenholz (Düsseldorf) konstruiert. Es ist eine einfache Stempelspritze mit Lederkolben und einem Einschnitt am Ende für Zeige- und Mittelfinger; der Daumen faßt in den Ring des Kolbens, und so kann dieser mit einer Hand bequem bewegt werden. Das Wesentliche aber liegt in dem Aufsatz; in diesem sind zwei sehr exakte Konusventile so angebracht, daß das eine sich nur beim Aufziehen des Kolbens öffnet, beim Druck aber schließt, das andere in umgekehrtem Sinne funktioniert; auf die Stützen des Ansatzes sind zwei Gummischläuche aufgeschoben, ein etwas kräftigerer Druckschlauch und ein Nélatonkatheter mit zentraler Bohrung. Der von der Spritze seitlich quer abgehende Schlauch ist der Nélaton, der für das Rektum des Kindes bestimmt ist und jenes Ventil enthält, das nur die Flüssigkeit aus der Spritze herausläßt; der andere geradeaus in der Richtung der Spritze abgehende Schlauch soll die Flüssigkeit aus dem Gefäß ansaugen. Bei dem Gebrauch wird die Spritze zuerst gefüllt, dann der quer abgehende Nélaton ins Rektum eingeführt, der andere Schlauch in das Gefäß mit Irrigationsflüssigkeit, und dann mit der einen Hand die Spritze gehandhabt, mit der anderen das Kind gehalten oder der Nélaton an der Analöffnung bei starkem Pressen des Kindes fixiert. Die Vorteile sind also folgende: 1. Man hat den kleinen, in der Tasche leicht transportablen Apparat immer zur Hand. 2. Man ist von der Unruhe und dem Pressen des Kindes ganz unabhängig, kann beliebige Mengen in beliebiger Zeit mit der kleinen Spritze von etwa 30 ccm Inhalt einführen. 3. Man bedarf keiner Assistenz, wie beim Irrigator zum Hochhalten des Gefäßes. P. benutzt meist als Irrigationsflüssigkeit eine Lösung von Acid. tannic. 2,5 + Acid. salicyl. 1,0 in $^1/_2$ l warmen Wassers. Die Irrigationen leisteten sehr gute Dienste bei chronischen Darmkatarrhen (nicht bei schleimig-blutigen Dickdarmkatarrhen!) und unterstützten oft bei akuten Sommerdiarrhöen die Therapie überraschend günstig. Die Spritze hat sich im verflossenen Sommer mit seiner enormen Morbidität der Kinder an Darmerkrankungen vorzüglich bewährt. Sie wird geliefert von L. Bors in Düsseldorf. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 18.)

Gujasanol gegen Oxyuris vermicularis hat Dr. A. Rahn mit bestem Erfolge angewandt. Das harmlose, einfach anzuwendende Mittel zeigt energische, fast spezifische Wirkung gegen Oxyuris in 4—5 %iger Lösung bei Erwachsenen und 2—3 %iger Lösung bei Kindern, in folgender Weise angewandt: der Mastdarm wurde mit einer dünnen Seifenlösung mittels eines etwa 12—15 cm langen, grauen Gummirohrs aus einer Spülkanne gespült, und zwar mit 150 ccm bei Erwachsenen, mit der Hälfte bei Kindern; die Lösung war lauwarm und verweilte nur ca. 1 Minute im Mastdarm. Gleich darauf wurde mit einer gleichen Menge der obigen Gujasanollösung nachgespült, die möglichst 3—5 Minuten in linker Seitenlage im Mastdarm zurückgehalten werden mußte. Die Prozedur wurde drei Abende hintereinander vorgenommen, und die Ordination dafür gleichzeitg gemacht:

Rp. Gujasanol. 12,0—15,0
Aq. dest. ad 450,0
S. In 3 Teilen an 3 Abenden zum Einlauf.

Bei Kindern kommt die Hälfte dieser Verordnungsweise in Frage.
(Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 16.)

Erfahrungen mit Naftalan veröffentlicht Dr. M. Weinberg (Wien). Das Präparat bewährte sich speziell beim Ekzem sehr gut, auch bei Kindern. So bei einem 10 jährigen Mädchen mit akutem nässenden Ekzem an den Ohren, wo es rasch Heilung brachte, bei einem 3 Monate alten Säugling mit ausgedehntem Ekzem ad nates, das anderen Mitteln widerstanden hatte, bei Naftalanaplikation aber prompt zurückging. Auch bei Impetigo contagiosa eines 6 jährigen Kindes wurde rasch Heilung erzielt. (Die Heilkunde. 1905. No. 4.)

Über moderne Baldrianpräparate handelt eine Arbeit von Dr. A. Beddies, in der er ein neues, von der chemischen Fabrik Helfenberg durch Destillation gewonnenes Präparat Valofin als ideales Baldrianpräparat warm empfiehlt. Das-

selbe vereinigt in sich die wirksamen Bestandteile des Baldrians und der Pfefferminze, ist sehr billig, schmeckt in heißem Zuckerwasser oder auf Zucker geträufelt nicht schlecht und hat sich bestens bewährt bei hysterischen und neurasthenischen Affektionen, Herzbeschwerden, Schlaflosigkeit, Migräne, Neuralgien, Aufregungszuständen, Darmkoliken usw. Speziell in der Kinderpraxis leistete es vorzügliche Dienste bei allen Magen- und Darmkrankheiten kolik- oder krampfartiger Natur, Blähungen, Aufregungszuständen. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1905. Heft 8.)

Einige Bemerkungen über das farblose Teerpräparat Anthrasol macht Dr. E. Toff (Braila). Derselbe hat Anthrasol in einer größeren Anzahl von Fällen (auch viel bei Kindern) angewandt, bei Erwachsenen meist rein, bei Kindern oft verdünnt in Salbenform, als Paste, Streupulver usw.

Rp. Anthrasol.
Lanolin. āā 5,0
Ung. Glycerin. ad 50,0.

Rp. Anthrasol. 3,0
Lenigallol. 5,0
Past. Zink. ad 50,0

Rp. Anthrasol.
Sulfur. praec.
Sapon. kalin.
Glycerin āā 10,0
Vaselin.
Lanolin āā 15,0
S. Anthrasol-Wilkinsonsalbe.

Rp. Anthrasol. 5,0
Talk. venet.
Zink. Oxyd. āā ad 100,0
S. Streupulver.

Unangenehme Nebenerscheinungen sieht man nie, wenn man die Fälle richtig auswählt, vor allem nicht akut entzündliche Affektionen so behandelt. Beim chronischen Ekzem bewährte sich Anthrasol sehr gut, auch bei Skabies, Psoriasis, Prurigo, Akne, Pruritus, Seborrhoe leistete es gute Dienste. Vor allem trat zunächst die juckstillende Eigenschaft stets eklatant hervor.
(Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1905. Bd. 40. No. 12.)

V. Monats-Chronik.

Über die **Säuglingssterblichkeit** in Preußen wird in dem amtlichen Bericht über das Gesundheitswesen in Preußen im Jahre 1903 folgendes ausgeführt:

„Im Jahre 1903 waren von 707950 Gestorbenen überhaupt 239858 = 33,88% oder ein Drittel in einem Alter unter einem Jahre. Auf 1000 Kinder im ersten Lebensjahre starben 230,48 gegen 209,37 im Jahre 1902, 269,69 im Jahre 1901, 258,2 im Jahre 1900 und 249,1 im Jahre 1899. Die Durchschnittssterblichkeit in den 10 Jahren 1891—1900 betrug 244,9, in dem vorhergehenden Jahrzehnt 1881—1890 245,47. Mithin ist eine wesentliche Besserung gegenüber dem Durchschnitt der früheren Jahre nicht zu verkennen, wenn auch die niedrigen Zahlen des Vorjahres und des Jahres 1894 (226,8) nicht wieder erreicht sind. Das Wiederansteigen der Kindersterblichkeit ist der Hauptgrund für die Zunahme der Gesamtsterblichkeit gegen das Vorjahr. Von den 25 Großstädten haben 10 eine Kindersterblichkeit, die größer ist als die durchschnittliche des Staates, während in 15 die Sterblichkeit der Kinder hinter dem Durchschnitt zurückbleibt, Dieses Ergebnis kann nur als ein günstiges bezeichnet werden, da erfahrungsgemäß die mit Großstadtbildung verknüpften Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse ungünstig auf die Gesundheit der Säuglinge einzuwirken pflegen. Eine relative Besserung ist auch gegen das Vorjahr in dieser Hinsicht eingetreten, da im Jahre 1902 die Hälfte der Großstädte eine größere Kindersterblichkeit aufwies, als dem Durchschnitt für den Staat entsprach. Entsprechend der Erhöhung der Gesamt-

sterblichkeit sind die Verhältniszahlen im allgemeinen nicht so günstig wie im Vorjahre. Nur drei Städte, Aachen, Krefeld und Hannover, lassen eine Herabminderung der Kindersterblichkeit gegen das Vorjahr erkennen. Die Differenz ist für Aachen nicht unerheblich und beträgt 14.17. Die Annahme scheint nicht unberechtigt, daß hier die aufgenommenen und zielbewußt durchgeführten Bestrebungen einer verstärkten Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, besonders durch geeignete Überwachung und Beeinflussung des Milchverkehrs, dieses günstige Ergebnis bewirkt haben, zumal hinsichtlich der klimatischen Verhältnisse eine Verschiedenheit gegenüber benachbarten Großstädten nicht vorliegt. Aachen hatte 1898 eine Kindersterblichkeit von 351,5, 1899 von 327,6, 1900 von 285,3, 1901 von 270,5 und 1902 von 233,4. Die absteigende Tendenz ist unverkennbar und ist auch trotz der hinsichtlich der Kindersterblichkeit ungünstigeren klimatischen Verhältnisse des Sommers 1903 nicht in das Wanken geraten."

Über Landerziehungsheime ließ sich im Münch. ärztl. Verein Prof. G. Klein aus. Er betonte, wie viele Krankheiten und Anomalien verhütet werden könnten, wenn die Erziehung der Jugend sich in anderen Bahnen bewegen, Wetter, Luft, Licht, Bewegung dabei eine größere Rolle spielen, die freie Natur mehr herangezogen wird. Verheißungsvolle Anfänge sind jetzt gemacht in den sogen. Landerziehungsheimen.

„Nicht zu bleichsüchtigen Treibhauspflänzchen wollen wir die Kinder heranbilden, die ihre Lebensfreude darüber einbüßen, sondern zu gesunden, fröhlichen, nützlichen Gliedern der menschlichen Gesellschaft. Hinaus in die Natur! Wir wollen so oft und unmittelbar wie möglich mit ihr verkehren, unsern Körper an ihr stählen und unsern Geist in ihr erfrischen. Wir werden Fußwanderungen und Bootfahrten unternehmen, das Tier- und Pflanzenleben kennen lernen. Jedes Lebewesen, jede Naturerscheinung wird uns interessieren, in seiner Schönheit uns erfreuen und uns anregen, nach dem kausalen Zusammenhang zu suchen!" So erschallt es aus dem Landerziehungsheim am Ammersee. Vor den Toren Münchens haben 3 solche Heime ihre Pforten geöffnet: die landwirtschaftliche Schule für Mädchen in Geiselgasteig, das Haushaltungspensionat Villa Therese in Gauting und das Landerziehungsheim in Breitbrunn am Ammersee. Letzteres kennt K. persönlich. Es ist für Mädchen von 10—16 Jahren bestimmt, Preis für Unterricht und Verpflegung jährlich 1000 Mk. (also zunächst nur für Bemittelte!). Die Mädchen betätigen sich am landwirtschaftlichen Betriebe, genießen Schulunterricht im Freien, stählen ihren Körper durch verschiedene Übungen usw. Wie manches Eisenrezept wird gespart werden!

(Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 23).

Kinderarbeit betitelt Dr. Heissler, Bezirksarzt in Teuschnitz, einen kleinen Artikel, in dem er ein sehr düsteres Bild zeichnet. Von den 3210 Schulkindern seines Bezirkes wurden 1904 nicht weniger als 549 (= 17%) gegen Lohn beschäftigt; 9% waren noch nicht 12 Jahre alt und 7% wurden davon zum Hüten des Viehes verwendet. Die Arbeit geschah nicht etwa nur in der Ferienzeit, nein, 143 Kinder, darunter 80 unter 12 Jahren, waren bis zu 34 Wochen vermietet, mußten unter das übrige Gesinde des Arbeitgebers geben, mit diesem arbeiten und leben. Welche Schädigungen an Gesundheit, an Sittlichkeit und Moral resultieren daraus! Neben dem Schulunterricht fast den ganzen Tag durcharbeiten, mit Tagesgrauen hinaus, um das Vieh zu besorgen, naß und durchfroren dann in die Schule, mittags wieder zum Vieh, bis spät in die Nacht arbeiten, dann früh wieder heraus usw. Oft mit männlichem und weiblichem Gesinde zusammenschlafen, deren Reden mit anhören, das ist das tägliche Leben dieser Kinder. Daß Kinder besonders in ländlichen Verhältnissen nebenbei auch arbeiten, dagegen ist nichts einzuwenden, aber es müssen unbedingt gewisse Forderungen erfüllt werden. Voraussetzung muß unter allen Umständen sein:

1. Ein bestimmtes Alter, nicht unter 11, besser 12 Jahren.
2. Die Arbeit muß von kurzer, genau umschriebener Dauer sein, der Körperkraft angepaßt und ohne jede geistige Schädigung.
3. Die Arbeit hat unter Aufsicht erwachsener Angehöriger vor sich zu gehen.
4. Die Kinder müssen unter allen Umständen befähigt bleiben, den Anforderungen der Schule zu genügen.
5. Darum ist jede Kinderarbeit vor dem vormittägigen Unterrichte zu verbieten.

6. Unbedingt zu verwerfen und darum zu verbieten ist das Verdingen der Kinder unter 14 Jahren gegen Lohn, wenn damit die Kinder aus dem Familienverbande gerissen werden und in das Gesinde des Arbeitgebers eintreten sollten.

7. Eine die Arbeit solcher Kinder beschränkende, festgesetzte Abendstunde soll nur ausnahmsweise und in begrenztem Maße überschritten werden dürfen.

8. Mit dieser Stunde haben die Kinder in die Familie zurückzukehren.

9. Zu verbieten ist das Viehfüttern für Kinder unter 14 Jahren. (Ibidem.)

Die Waldschule in Charlottenburg beschreibt Oberstabsarzt a. D. Dr. Nietner (Berlin) als neues Glied in der Kette der die Lungenheilstätte ergänzenden Anstalten. Die Waldschule ist für solche Kinder, welche für die öffentliche Schule zu elend, für die Heilstätte noch nicht krank genug sind. Die Stadt Charlottenburg hat zuerst im letzten Sommer in Gemeinschaft mit dem Vaterländ. Frauenverein eine solche Schule ins Leben gerufen, welche namentlich den tuberkuloseverdächtigen Kindern Aufenthalt in guter Waldluft und zugleich vollwertigen Unterricht gewähren soll. Zu diesem Zwecke ist eine mit der Straßenbahn leicht zu erreichende Waldparzelle in Größe von 3 Morgen mit einem Zaun umfriedet und auf diesem Terrain verschiedene Baracken (System Döcker) errichtet: eine Schulbaracke mit 2 Klassen- und 2 Lehrerzimmern, eine zu Wirtschaftszwecken, ferner eine offene Liegehalle, ein Badehäuschen usw. Durch die Schulärzte sind aus den Volksschulen 120 Kinder ausgesucht worden, die morgens in die Waldschule geleitet und hier beköstigt werden, um abends wieder zu den Eltern zurückzukehren. Über jedes wird ein ärztliches Journal geführt. Sie erhalten Duschen, event. auch Soolbäder. Eröffnet wurde die Schule am 1. August 1904, geschlossen am 29. Oktober. Die hygienischen Erfolge sowie die schultechnischen sind so deutliche, daß im nächsten Jahre die doppelte Anzahl Kinder untergebracht werden sollen. (Tuberculosis, Mai 1905.)

Dresden. Im vergangenen Monat ist hier die erste **Waldschule** für gesundheitlich schwache Kinder eröffnet worden.

Leipzig. Hinsichtlich der **Säuglingssterblichkeit** ist hierselbst die auffällige Tatsache festgestellt worden, daß von den Säuglingen in den Sommermonaten mehr ehelich als unehelich geborene sterben. Sonst sind bekanntlich, wie das sich leicht aus der sozialen Lage der unehelichen erklären läßt, diese an den Sterbeziffern viel stärker beteiligt als die ehelichen. Über die Leipziger Beobachtungen wird in den „Veröffentl. d. kaiserl. Gesundheitsamts" folgendes mitgeteilt: „In dem Verwaltungsberichte der Stadt Leipzig für das Jahr 1903 ist bei Besprechung der Säuglingssterblichkeit hervorgehoben, daß die heißen Sommermonate bei den unehelich geborenen Kindern lange nicht eine solche Steigerung der Todesfälle herbeiführen wie bei den ehelich geborenen, daß also auffälligerweise die schädlichen Einwirkungen der hohen Temperatur bei den ehelichen Kindern größer sind als bei den unehelichen; Zufälligkeiten können hierbei nicht m Spiele sein, denn die Zahlen sind aus 14jährigen Durchschnitten abgeleitet, und jedes Jahr zeigt das gleiche Verhalten. Die Ursache dieser überraschenden Tatsache liegt, wie hierzu bemerkt wird, entweder darin, daß bei der an sich höheren Sterblichkeit der unehelichen Kinder die weniger widerstandsfähigen schon kurz nach der Geburt hinweggerafft sind, und der überlebende Teil den Gefahren des heißen Sommers besser trotzen kann, oder darin, daß die Beaufsichtigung der unehelichen Ziehkinder und die Belehrungen der Ziehmütter diese gute Wirkung erzeugen. Für den mit den Leipziger Verhältnissen Bekannten steht angeblich diese letztere Ursache der auffälligen Erscheinung außer allem Zweifel. Es wäre erwünscht, festzustellen, ob auch in anderen Städten mit einer behördlichen Ziehkinderpflege gleiche Beobachtungen gemacht werden."

Pankow. Die Gemeindeverwaltung hat auf Anregung des San.-Rats Dr. Schäfer beschlossen, in den Volksschulen einen besonderen Unterricht für Kinder mit Sprachfehlern einzurichten.

Die Hamburger Bürgerschaft hat in einer der letzten Sitzungen folgenden Antrag mit großer Majorität angenommen: „Die Bürgerschaft beschließt und ersucht den Senat um eine Vorlage betr. Anstellung von Schulärzten an sämtlichen Volksschulen Hamburgs." Wird dieser Antrag, wie wohl kaum zu bezweifeln, vom Senat angenommen, so wird endlich auch für

Hamburg eine hygienische Forderung erfüllt, der sich fast alle deutschen Städte angeschlossen haben.

— Nach § 25 No. 2 der Bekanntmachung, betreffend die Prüfungsordnung für Ärzte, vom 28. Mai 1901 ist seitens der Kandidaten der Nachweis beizubringen, daß sie je ein Halbjahr als Praktikant die Kinderklinik oder Poliklinik, sowie die Spezialkliniken oder Polikliniken für Hals- usw. krankheiten regelmäßig besucht haben. Aufgetretene Zweifel über die Auffassung dieser Bestimmung geben dem preußischen Medizinalminister Veranlassung, dieselbe dahin auszulegen, daß die Studierenden derjenigen Universitäten, an welchen eine Kinderklinik oder Spezialkliniken für Hals- usw. krankheiten vorhanden sind, den Nachweis über den Besuch dieser Kliniken zu führen haben. Der Nachweis über den Besuch einer Poliklinik dahingegen genügt nur an denjenigen Universitäten, an welchen keine gleichartigen Kliniken vorhanden sind.

Die **Schularztfrage** gibt fast ebenso in Frankreich wie in Deutschland, in ärztlichen Kreisen zu lebhaften Erörterungen Anlaß. Nachdem in der Deputiertenkammer Vaillant die Bezahlung der Pariser Schulärzte mit 800 Frs. pro Jahr als eine „lächerlich geringe" bezeichnet und auch noch andere Wünsche der Ärzte bezüglich der ärztlichen Schulaufsicht vorgebracht hatte, entschloß sich die Verwaltung zu folgender „Reorganisation": Die Zahl der Schulärzte für Paris wird von 126 auf 175 erhöht, deren Honorar soll statt wie bisher 800 künftig 900 Frs. pro Jahr betragen. Je ein Schularzt (médecin inspecteur) soll im Mittel 20 bis 25 Klassen zur Aufsicht haben. Die Privatschulen und die Abendkurse (wohl analog unseren Fortbildungsklassen) sollen in die ärztliche Aufsicht inbegriffen sein, ebenso wie die höheren Elementar- und Fachschulen. Der Schularzt soll jeden Schüler einmal im Jahr, und zwar womöglich bei Eintritt in die Schule, gründlich untersuchen. Er soll viermal im Monat jede Schule besuchen und bei einem dieser Besuche die Schullokalitäten während des Unterrichts inspizieren, vorher aber die Schulleitung davon benachrichtigen. (Sic! Das erinnert an die wochenlang vorher angekündigten Kaserneninspektionen. Refer.) Überall, wo es möglich ist, soll dem Schularzte ein eigenes Zimmer zur Untersuchung der Kinder und speziell zur Ausstellung der Zeugnisse nach überstandenen Infektionskrankheiten eingeräumt werden. Die Kontrolle der schulärztlichen Tätigkeit wird dem obersten Sanitätsrat (inspecteur général de l'assainissement) übertragen. Diese sogenannten Reformen unterzieht Granjux im „Bulletin méd." (1905. No. 29) einer scharfen Kritik und stellt ihnen folgende Forderungen der Ärzte gegenüber: 1. Alle Elementarschulen, seien sie öffentlich oder privat, müssen eine ärztliche Aufsicht haben und zwar je 1 Arzt auf 1000 Kinder. 2. Jedes Kind soll bei seinem Eintritt genau untersucht und entsprechend notiert werden (Sanitätsliste unter Wahrung des Berufsgeheimnisses). 3. Die schulärztlichen Besuche sollen zweimal im Monat erfolgen. 4. Die Ernennung der Schulärzte soll durch eine Prüfung (concours) bei Festsetzung eines Minimalalters erfolgen. Zum Schutze gegen die Infektionskrankheiten sollte in jeder Schule ein Isolierraum vorhanden sein, der behandelnde Arzt jeden Fall sofort (telephonisch) an die Schule melden, ebenso die betreffende Schule, wo ein Fall von Infektionskrankheit vorgekommen ist, unverzüglich der Sanitätsbehörde Mitteilung machen. Die Schulgebäude, -räume und -utensilien müssen nach einem bestimmten Schema revidiert werden. Die Schulärzte sollen wenigstens 30 Jahre alt sein und 5 Jahre Praxis hinter sich, Sitz und Stimme in den oberen Schulbehörden haben. Die Schulhygiene soll von dem Schularzte, welcher dafür je nach der Stundenzahl speziell honoriert wird, gelehrt werden; Schularzt und Schulvorstände sollen regelmäßige Besprechungen zusammen abhalten. Das Honorar für den Schularzt betrage 2500 Frs. für 1000 Kinder, d. i. 2.50 Frs. pro Kind und Jahr. So ideal und pekuniär verlockend diese Forderungen auch klingen, so dürften dieselben vor allem am Kostenpunkte scheitern; sie lehren jedoch auch das eine, daß mit dem Schularzte im Nebenamte und bei schlechter Bezahlung nicht viel zu erreichen ist, und das Erstrebenswerte Schulärzte im Hauptamte sind, mit entsprechender Bezahlung und der Verpflichtung, keine ärztliche Besuchspraxis anzunehmen.

(Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 24.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



L. & H. Vial & Uhlmann
Chem. pharmaceut. Laboratorium
Frankfurt a/Main
Vial's tonischer Wein
erhältlich in allen Apotheken
aus Fleischsaft, Königs-Chinarinde, Kalk - Lactophosphat, den wichtigsten Nährstoffen der Muskelsubstanz, der Nerven und des Knochensystems.
Aussergewöhnlich appetitanregend!
Bestes Kräftigungs- u. Stärkungsmittel
bei Reconvalescenten, schwächlichen Kindern, Bleichsüchtigen, Neurasthenikern, stillenden Frauen und Magenleidenden.
Litteratur und Proben zu Diensten.



Dr. Chr. Brunnengräbers
Malz-Extrakt
in Crystallform
Professor E. Stadelmann schreibt:
„Ein Esslöffel voll besitzt den Wert eines Eies"
Anwendung bei Unterernährung,
Anämie, Rachitis, Ikterus. Ersatz für Fette.
Niederlagen in sämtlichen Apotheken . . .
Proben und Literatur gratis und franko von
Dr. Chr. Brunnengräber, Rostock i. M.
Dr. Chr. Brunnengräber's
MALZEXTRACT
in Crystallform
Waarenzeichen eingetragen
Chemische Fabrik

Centralblatt für Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. September 1905. No. 9.

I. Originalbeiträge.

Aus der chirurgischen Abteilung Prof. Dr. C. Bayer
am K. Fr. J.-Kinderspitale in Prag. (Direktor Prof. Dr. Ganghofner.)

I. Neue Instrumente zur Chirurgie des Rachens.

Von
Dr. Carl Springer.

Zwei Instrumente, die seit einigen Jahren an unserer Abteilung mit Vorteil in Gebrauch stehen, möchte ich in diesen Zeilen unter Hinweis auf die beigefügten Abbildungen ganz kurz beschreiben, da sie besonders für den praktischen Arzt, der mit der Assistenz bei seinen Operationen Schwierigkeiten hat, sich eignen. Dies um so mehr, da das erste direkt für einen oft momentan vital indizierten Eingriff konstruiert ist, und das andere für einen Zwischenfall, der sich, wenn auch selten, doch hier und da ereignet, ein Auskunftsmittel bietet in einer Situation, wo Minuten versäumter Zeit einen schlechten Ausgang verschulden können.

a) Spatelmesser für Retropharyngealabszesse nach Bayer (Fig. 1).

Es besteht aus einem breiten metallenen Zungenspatel, an den sich in stumpfem Winkel ein kurzer Handgriff fügt (siehe Fig. 1). An der Oberseite desselben ist eine kleine verschiebbare Schiene angebracht, die vorne in ein feines spitzes Messerchen ausläuft. Ein Knopf am proximalen Ende der Schiene ermöglicht ein bequemes Verschieben des Messerchens. Das Instrument wird mit voller Faust gefaßt, der Daumen am Messerknopf — natürlich bei zurückgezogener Spitze — und wie ein gewöhnlicher Spatel auf die Zunge gelegt, der Zungengrund energisch herabgedrückt und sodann das Spatelende bis an die vorgewölbte Stelle der hinteren Rachenwand vorgeführt. Der Daumen schiebt in diesem Momente das Messerchen vor, mit dem man durch Erheben des Griffes eine entsprechend lange Inzision macht. Senkt man nach vollbrachter Inzision den Griff, während bei wieder zurückgezogenem Messer das Spatelende an die Rachenwand angedrückt gehalten wird, fließt der Eiter über den Spatel zum Mund heraus. Der Gebrauch des Instrumentes ist ein äußerst einfacher und dadurch besonders angenehmer, daß man die linke Hand frei hat,

um sich mit derselben bei Widerspenstigen die Kiefer zu öffnen und durch Einlegen eines zweiten auf die Kante gestellten Spatels offen zu halten. Dies fällt ganz besonders bei kleinen Kindern, und diese liefern ja die meisten Retropharyngealabszesse, wesentlich ins Gewicht. Dann ist das Instrument auch leicht auseinandernehmbar und selbstverständlich — weil ganz aus Metall — auskochbar.



Fig. 1. Fig. 2.

b) Tonsillenkompressorium nach Springer (Fig. 2).

Es besteht aus zwei langen durch eine Crémaillère sperrbar verbundenen Zangenbranchen, deren eine am Ende in einen gebogenen Schaufelhaken ausläuft, während die andere einen vierzinkigen gleichfalls gebogenen stumpfendigen Rechen trägt. Bei einer Blutung aus dem Tonsillenstumpf wird die Zange halbgeöffnet durch den Schlund eingeführt, so daß der Schaufelhaken sich hinter dem hinteren Gaumensegel in die Nische legt, welche sich bei hypertrophischen Tonsillen regelmäßig findet, der Vierzinker bleibt auf der Vorderfläche der durch die Schleimhaut bezw. schon das vordere Gaumensegel gedeckten Tonsille. Indem man den Griff des Instrumentes gegen den entgegengesetzten Mundwinkel neigt, hebelt man den Tonsillenstumpf kräftig heraus, schließt durch Druck die Zange in der Crémaillère und die Blutung aus dem zwischen den Zangenenden eingeklemmten Tonsillenstumpf steht prompt. Zeigt sich, daß die Blutstillung nach einigen Minuten Liegenlassen der Zange keine definitive ist, so hat man durch das Instrument Zeit gewonnen zur Naht der Gaumensegel oder Unterbindung der Carotis externa seine Vorbereitungen zu treffen.

Gegenüber dem schon vorhandenen Mikulicz-Störckschen Kompressorium hat es einige Vorteile:

a) Es ist ein kleines, ganz metallenes Instrument.
b) Es stillt die Blutung, indem es blutende Flächen gegeneinanderpreßt, dadurch die meisten Chancen gibt, die gebildeten Tromben in den Gefäßquerschnitten bei der Abnahme des Instrumentes nicht zu schädigen.
c) Man kann auf den zwischen den Branchen befindlichen Stumpf einen viel kräftigeren Druck ausüben als mit dem ersteren, das die ganzen Weichteile einer Halsseite mitfaßt.

Anders liegt die Frage nach der Notwendigkeit eines solchen Instrumentes, angesichts der Seltenheit von wirklich bedrohlichen Blutungen nach der Tonsillotomie. Im Spital wird man ein solches Instrument kaum benötigen. Tritt wirklich einmal der Fall einer starken Blutung auf, so ist alles vorhanden, um durch Naht oder Unterbindung am Orte der Wahl die Situation zu beherrschen. Ein großer Teil der Tonsillotomien wird aber wohl von den Ärzten in ihren Sprechstunden gemacht, wo Assistenz und wohl auch vieles andere mangelt, um im Notfalle rasch einzugreifen. Da dürfte dieses Instrument sehr am Platze sein, das mit einem Griff die Blutung — zum wenigsten momentan — stillt und die Möglichkeit gibt, alles Fehlende herbeizuschaffen, um in Ruhe die Naht oder Unterbindung zu machen.

Das Instrument ist klein und handlich, leicht sterilisierbar, da man es einfach jedesmal mit dem Tonsillotom gleichzeitig auskocht; so hat man es stets für alle Fälle bei der Hand und entgeht dadurch dem Vorwurf, den Esmarch den Tonsillenkompressorien — eigentlich aber den die Tonsillen Abschneidenden — machte, daß sie „gerade dann nicht vorhanden sind, wenn man sie braucht".

Die Instrumente werden von der Firma: Max Kahnemann, Berlin N., Elsasserstraße 59, angefertigt.

Aus dem Dresdner Säuglingsheim.
(Dirig. Arzt Prof. Dr. Schloßmann.)

2. Diätetische und medikamentöse Beeinflussung der Milchsekretion der Stillenden, mit besonderer Berücksichtigung des Laktagols.

Von

Dr. med. **Heinrich Rosenhaupt**, ehem. Assistenzarzt der Klinik.
Kinderarzt in Frankfurt a. Main.

Man kann bei allen Völkern, die sich zu hoher Kulturstufe erhoben haben, beobachten, daß mit der intensiveren geistigen Entwicklung eine gewisse körperliche Degeneration einhergeht. Beim männlichen Geschlechte zeigt sich das in dem Überhandnehmen des

Alkoholismus. Ich möchte das so verstanden wissen, daß die körperliche Degeneration das Primäre ist und erst die Ursache abgibt für den Übergang von Alkoholgenuß zum Alkoholmißbrauch mit allen seinen Schädigungen. Es ist wohl unbestritten, daß der körperlichen Degeneration am zweckmäßigsten durch körperliche Übung, durch Turnen und Sport jeder Art begegnet wird.

Beim weiblichen Geschlecht haben wir aber ein viel besser zu beurteilendes Maß für die körperlichen Funktionen. Es ist dies die Fähigkeit der Mutter, ihr Kind zu stillen. Bei allen Kulturvölkern kann man die traurige Beobachtung machen, daß Mütter, die ihr Kind stillen, immer seltener werden. Es erhebt sich nun die Frage, ist dieser Umstand ein naturnotwendiges Korrelat der höheren Zivilisation. Müßte man wirklich im Sinne Rousseaus zur Natur zurück, um wieder die Mütter ihren natürlichen Pflichten zuzuführen? Gehen wir kurz auf die Ursachen ein, aus denen heute der Mehrzahl der Säuglinge — wenigstens in den Großstädten — ihre naturgemäße Ernährung nicht zuteil wird.

Vielfach, besonders im Proletariat, sind es soziale Verhältnisse, welche die Mutter, die sich schaffend am Erwerb für die Familie beteiligen muß, zwingen, ihr Kind künstlich zu ernähren. Vielleicht gelingt es noch beim weiteren Ausbau unserer sozialen Gesetzgebung, diesem Übel zu begegnen.

Aber auch eine ganze Reihe von Müttern, bei denen der Zwang des Erwerbslebens nicht besteht, entziehen sich der Pflicht, ihr Kind an der Brust zu nähren. Auch solche, die es ernst mit ihren Pflichten meinen.[1]) In vielen hat die Fülle der angepriesenen „Ersatzmittel für Muttermilch" die falsche Vorstellung erweckt, es gäbe wirklich solche Surrogate. Andere glauben, daß die vorsichtig und zweckmäßig gemischte und im Sterilisator keimfrei gemachte Kuhmilch der Frauenmilch gleichwertig sei.

Erst in den letzten Jahren hat sich als das Resultat der biologischen Forschung gezeigt, daß artfremde Milch nie der arteigenen, also der Mutter- bezw. Ammenmilch gleichwertig sein kann. Jetzt herrscht auch bei allen Ärzten Übereinstimmung darüber, daß unter allen Umständen Frauenmilch für den Säugling die zweckmäßigste Ernährung bedeutet.

Es gilt jetzt nur, die Frauen nachdrücklich an ihre Pflicht zu mahnen, damit nicht schon von vornherein, oft schon vor der Geburt des Kindes, auf das Stillen verzichtet wird. Es ist dabei freilich nötig, daß die die junge Mutter beratenden Ärzte sich nicht zu leicht dazu entschließen, in irgendwelchen körperlichen und gesundheitlichen Anomalien eine Kontraindikation gegen das Stillen zu sehen. [Vgl. Schloßmann, Über die Leistungsfähigkeit der weiblichen Milchdrüsen und über Indikationen und Kontraindikationen zum Stillen.[2])]

Sehr oft aber scheitert das Bemühen des Arztes auch bei gutem

---

[1]) Eine zunehmende Stillungsfähigkeit im Sinne Bunges gibt es wohl nicht, wohl aber haben Bunges Anschauungen gerade bei Frauen der höheren Stände das Vertrauen zur tatsächlich vorhandenen Stillfähigkeit zu Unrecht sehr erschüttert.

[2]) Monatsschr. f. Gynäkol. u. Geburtsh. Bd. 17. Heft 6.

Willen der Mutter an der mangelhaften Sekretion der Milchdrüse, und das allaitement mixte veranlaßt den durch das viel bequemere Flaschentrinken saugfaul gewordenen Säugling, nur schwach an der Brust zu ziehen, so daß sie schließlich, dieses Sekretionsreizes entbehrend, ganz versiegt.

Was ist da natürlicher, als daß man von jeher eifrig bemüht war, sei es durch diätetische Maßnahmen, sei es durch Einführen von Medikamenten, die Brustdrüse zu vermehrter Absonderung zu veranlassen?

Auf dem Gebiete der „Ammendiät“ ist durch blindes Vertrauen zu überlieferten Anschauungen viel gesündigt worden. Die einförmige reizlose Kost hat sicher nie spezifisch genützt, sehr oft aber durch ihre Monotonie und Fadheit Lebens- und Eßlust der Stillenden und mit ihr die Sekretionsfähigkeit der Milchdrüsen schwer geschädigt. (Vgl. Schloßmann l. c.)

Was das Gebiet der medikamentösen Beeinflussung der Milchabsonderung anbelangt, so gibt es schon in der Volksmedizin eine ganze Reihe von „milchtreibenden“ Kräutern und Pflanzen, so Schwarzkümmel (Nigella sativa), Kreuzblume (Polygala amara), Roßpappel (Malva silvestris), Anis (Pimpinella anisum), Bibernell (Pimpinella magna), Dill (Anethum graveolens), Fenchel (Foeniculum officinale), Gurkenkraut (Borrago officinalis), Hollunder (Sambucus nigra) und schließlich Bocksbart (Tragopogon pratensis). All diese „Heilkräuter“ sind entweder Diuretica oder Mittel, die Meteorismus und Flatulenz bekämpfen, sog. Carminativa. Ihre milchtreibende Wirkung beruht also höchstwahrscheinlich darauf, daß sie den gestörten Stoffwechsel ordnen helfen, was natürlich auch der Milchsekretion zugute kommt.

Dem Zuge der Zeit folgend, hat man im letzten Jahrzehnt eine ganze Reihe von künstlichen Eiweißpräparaten zur Anregung der Milchabsonderung angewandt und bei einer Reihe dieser Mittel will man auch einen guten Erfolg gesehen haben, so von Sanatogen, Tropon, dem Hygiama und der Somatose.

Es ist schließlich noch die Organotherapie zu erwähnen. Schon im Altertum hat man Euter von Tieren gegeben. Auch die in neuester Zeit wieder aufgenommenen Versuche durch Verabreichung von Placenta von Schafen usw. die Sekretion der Milchdrüsen spezifisch zu beeinflussen, haben ihre Vorläufer in alter Zeit. Eine Wirkung dieser Mittel konnte bis jetzt auch nur mit Wahrscheinlichkeit nicht festgestellt werden.

In neuester Zeit hat man einen anderen Weg eingeschlagen, um zu einem spezifischen Laktagogum zu kommen. Man hat die Erfahrungen der landwirtschaftlichen Tiermedizin auf den Menschen zu übertragen gesucht. Von der sicheren Erfahrungstatsache ausgehend, daß Baumwollsamenmehl die Milchproduktion der Kühe steigert, hat man aus diesem Material ein Mittel fabriziert und unter dem Namen Laktagol (Pearson & Co., Hamburg) auf den Markt gebracht. Eine Reihe von günstigen Beurteilungen in der medizinischen Presse war für uns die Veranlassung, der Prüfung dieses Mittels sowohl klinisch als auch poliklinisch näher zu treten.

Was die Beurteilung des klinischen Materiales anlangt, so ist es bei der Art der hier im Säuglingsheim geübten Diät — es wird kein besonderer Ammentisch geführt und die Ausnahmestellung der Ammen in der Ernährung erstreckt sich nur darauf, daß ihnen Milch in beliebiger Menge zur Verfügung steht — und bei der Möglichkeit und oft auch Notwendigkeit bei einer Stillenden, mehrere Kinder anzulegen, nur mit Vorsicht möglich, den dritten Faktor, das eingeführte Laktagol, rein abzuschätzen.

Um zunächst eine Frage zu erledigen. Ist das Laktagol imstande eine an und für sich schon bedeutende Milchsekretion noch weiter zu steigern, d. h. ist es möglich, bei einer Amme, die schon 3—4 Kinder oder noch mehr stillt, die Milchmenge zu heben. Diese Frage hat ja für den Arzt in der Praxis kein Interesse und könnte höchstens, wenn sie bejahend beantwortet werden müßte, die Nachteile einer übermäßigen Sekretion, Überfütterung und Ernährungsstörung des Kindes oder Galaktostase bei der Mutter befürchten lassen. Sie ist aber in verneinendem Sinne ausgefallen.

Dies lehrt folgende Tabelle:

Amme A. M.			Milchmenge pro Tag in ccm.
Vorperiode	18.	Juni	3460
	19.	„	3560
	20.	„	3330
	21.	„	3470
Laktagol-periode (30 g pro die)	22.	„	3530
	23.	„	3400
	24.	„	3380
	25.	„	3570
Nachperiode	26.	„	3225
	28.	„	3530
	29.	„	3690
	30.	„	3275

Dagegen lassen zwei Kurven, auf denen ich das Ansteigen der Milchmenge graphisch dargestellt habe, deutlich den Einfluß des Laktagols erkennen.

Besonders klar lehrt uns das die Kurve der Amme Z., bei der erst in den letzten 3 Wochen ihres mehrmonatlichen Aufenthaltes Laktagol gegeben wurde und erst da eine leistungsfähige Amme aus ihr wurde.

Irgendwelche Störungen des Allgemeinbefindens, die man dem Laktagol hätte zuschreiben können, wie Verminderung der Appetenz oder Magendarmstörungen, konnte ich nie beobachten, auch in Fällen, wo ich weit über die empfohlene Menge von etwa 20 g pro die bis zu 90 g hinaufging. Soweit die klinischen Beobachtungen.

In der poliklinischen Praxis kommen fast täglich Mütter mit der Angabe, das Kind werde an der Brust nicht satt und schreie nach jeder Mahlzeit. Oft genügt eine Regelung der Trinkmahlzeiten, besonders nach der Richtung hin, daß die Brust in regelmäßigen Abständen und nicht öfter als alle 3 Stunden mit einer nächtlichen Pause von 8—10 Stunden gereicht wird. So hat die Brust Zeit, sich auszuruhen und wird dann auch meist, weil sie gut gefüllt ist und leichter geht, leer getrunken.

Amme Z., aufgenommen am 25. VIII. 1904.

Milch-menge ccm.

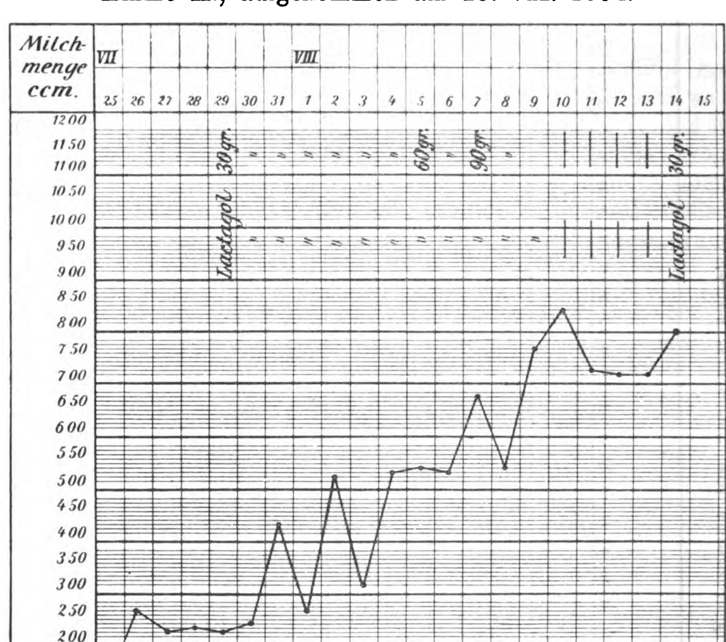
VIII 25 26 27 28 29 30 31 IX 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 X 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

1200 1150 1100 1050 1000 950 900 850 800 750 700 650 600 550 500 450 400 350 300 250 200 150 100

Lactagol

Manchmal lehrt auch die Kontrolle der Wage, daß das Kind gut zunimmt und daher auch ausreichend ernährt sein muß. Dann sind es meist irgendwelche Leiden des Kindes, sehr häufig z. B. Phimosenbeschwerden, die das Schreien veranlaßt haben.

Amme H., aufgenommen am 25. VII. 1904.



Oft handelt es sich aber auch um mangelhafte Sekretion der Milchdrüsen. In diesen Fällen haben wir in der letzten Zeit Laktagol gegeben. Man kann sich dem Eindruck nicht verschließen, daß man dann, wenn man der Mutter, die den Rat zur Abstillung erbittet, gegenübertritt und in der Lage ist, ihr ein milchtreibendes Mittel empfehlen zu können, immer Entgegenkommen findet. Schon aus psychischen Gründen ist daher das Laktagol sehr schätzenswert. Denn bei keiner anderen Funktion des menschlichen Organismus sind psychische Faktoren so einflußreich wie bei der Laktation.[1]) Nicht mit absoluter Sicherheit kann man auf ergiebige Sekretion nach Laktagolverabreichung rechnen, wenn auch nach unseren Erfahrungen in sehr vielen Fällen. Jedenfalls ist aber der Vorteil, den das Kind durch die Schutzstoffe, die ihm die Muttermilch vermittelt, erhält, immer ein guter Ausgleich auch für eine geringere Zunahme, die später

[1]) Natürlich haben psychische Einwirkungen nur Einfluß auf die Quantität der Milch, nicht aber auf die Qualität, wie neuerdings wieder ein französischer Autor in einer Dissertation, die einer ernsten Kritik nicht standhalten kann, darzulegen versucht.



wieder eingeholt werden kann. In den heißen Sommermonaten ist die natürliche Ernährung, auch wenn sie etwas knapp ist, nicht hoch genug zu schätzen.

Die Beobachtungen in der Poliklinik sind meist kurz, da die Patienten, wenn die Brustdrüsensekretion wieder in Ordnung ist, sehr häufig nicht wiederkommen. Doch möchte ich einige wenige Beobachtungen, die mir charakteristisch erscheinen, im Auszuge mitteilen.

No. 1065. 10. IX. Marie P. Bis vor 3 Tagen gestillt, erhielt dann, weil sie nicht satt wurde, Hafermehl und Kuhmilch zur Brust, worauf Durchfälle und Erbrechen auftraten.

Gewicht 4170 g. Anämisch. Innere Organe o. B. Stuhl dünnflüssig, schleimig, blutig von saurer Reaktion.

Therapie: Teediät, Rizinusöl, Einläufe.

Mutter Laktagol, soll von morgen ab weiter stillen.

12. IX. 4150 g. Sehr vergnügt. Weiter 3stündl. anlegen.
13. IX. 4160 g. Trinkt gut.
15. IX. 4170 g. Trinkt gut.

No. 1122. 4. X. Hildegard F., 3 Wochen. Wird gestillt. Kind nicht satt, schreit nach dem Trinken.

2760 g. Schwächliches Kind. Stuhl nicht zu erhalten. Mutter erhält Laktagol.

10. X. 2950 g. Gutes Allgemeinbefinden.

No. 1163. 24. X. Elisabeth K., 8 Wochen. 7 Wochen gestillt, jetzt sterilisierte Milch mit Wasser 1 : 2 (also eine Woche bei künstlicher Nahrung).

3040 g. Erbrechen sofort und eine Stunde nach dem Trinken. Wird wieder angelegt. 3mal täglich Flasche 4 : 3. Mutter erhält Laktagol.

26. X. 3100 g. Hat hier 80 g an der Brust getrunken, soll weiter 3mal anlegen.

28. X. 3180 g. Wohlbefinden.

Zum Schlusse meiner Betrachtungen möchte ich noch dem Einwande begegnen, daß doch eigentlich auch chemische Analysen der Milch mit der Beobachtung hätten verbunden werden müssen, um zu sehen, ob es sich nicht um eine zwar vermehrte Menge aber verminderte Qualität der Milch handle. Dem möchte ich entgegenhalten, daß eine Entnahme der Milch auf der Höhe des Stillens die Unterbrechung dieses Aktes erforderte und so auf die Sekretion ungünstig eingewirkt hätte, auf der anderen Seite aber die zu Beginn und zum Schluß des Stillens entnommene Milch besonders in ihrem Fettgehalt von dem Durchschnittswerte bedeutend abweicht. Man muß sich daher mit der Gewichtszunahme des Säuglings, als einer Reaktion auf die Qualität der Milch begnügen.

Ich resumiere also:

Es scheint, daß das Laktagol in geeigneten Fällen die Milchsekretion spezifisch günstig beeinflußt.

Die vermehrte Milchproduktion geschieht nicht auf Kosten der Qualität der Milch.

Das Mittel ist absolut unschädlich und hat auch in größten Mengen keinerlei unangenehme Nebenwirkung.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Schloßmann für die Überlassung des Materials bestens zu danken.

II. Referate.

V. Thévenet et **E. Moreau,** Sur un moyen très-simple de régulation termique dans la première enfance. (Lyon médical. 1904. No. 47.) Die Verff. haben Versuche angestellt, durch einen langen Irrigatorschlauch, welchen sie um Bauch und Lenden der betreffenden Kinder in mehrfachen Windungen herumschlingen und in dieser Lage durch dünne Drähte fixieren ließen, sowohl lokal, als auch allgemein temperaturherabsetzend einzuwirken, indem sie durch denselben einen kontinuierlichen kalten Wasserstrom durchfließen ließen. Namentlich wurde untersucht, ob durch eine solche lokale Abkühlung man in günstiger Weise auf akute Gastroenteritis bei Kindern einwirken kann. Die Verff. gelangen zu folgenden Schlüssen. Durch die systematische Applizierung eines solchen Schlauches kann man die erhöhte Körpertemperatur wieder auf das Normale zurückführen, indirekt also den allgemeinen Körperzustand verbessern und eventuell bestehende nervöse Störungen beseitigen. Es scheint, daß diese Behandlungsart in günstiger Weise akute Magendarmentzündungen bei Kindern beeinflußt, obwohl man nicht sagen kann, ob dies auf lokale Einwirkung auf die Bakterien und intestinalen Gärungen, oder auf die Herabsetzung der zentralen Temperatur zurückzuführen ist.

Auf ähnliche Weise kann man durch einen Strom warmen Wassers hypothermische Körpertemperaturen erhöhen, wie dies bei vorzeitig geborenen Kindern notwendig erscheint und auf diese Weise eine fehlende Couveuse ersetzen. E. Toff (Braila).

A. Plantier, La température du nourisson pendant les régles de la femme qui allaite. (Inaugural-Dissertation. Lyon 1904.) Der Verf. hat Temperaturmessungen bei Säuglingen während der Menstruationsperiode der Mütter angestellt und gefunden, daß dieselben während dieser Zeit regelmäßig Temperatursteigerungen darbieten. Diese beruhen vielleicht auf Toxinen, die während dieser Zeit in die Milch übergehen können, doch sind dies nur Vermutungen. Diese Temperaturerscheinungen sind vorübergehend, gutartig und brauchen keine Veranlassung zum Wechseln der Säugenden zu geben.

E. Toff (Braila).

L. Ciaudo, Untersuchungen über die Kopfdurchmesser des Kindes in den ersten 6 Monaten des Lebens. (Inauguraldissertation. Paris 1904). Der Verf. hat Untersuchungen über die Entwicklung des kindlichen Kopfes angestellt und gefunden, daß derselbe in konstanter und regelmäßiger Weise vom ersten bis zum sechsten Lebensmonate zunimmt. Interessant ist der Einfluß, den die Ernährung während dieses Lebensabschnittes auf die Zunahme der Kopfdiameter und namentlich auf den antero-posterioren ausübt. Die Überernährung vergrößert das Volumen des Kopfes, während eine Unterernährung, Erkrankungen des Verdauungsapparates und der Lungen dasselbe verkleinern. Diese Einflüsse sind um so ausgesprochener, je jünger das Kind ist, je schwerer die Krankheit ist und je länger dieselbe dauert. Mit dem zunehmenden Alter werden auch diese Einflüsse geringfügiger und nach dem sechsten

Monate sind dieselben überhaupt nicht mehr nachweisbar. Auch die Lues beeinflußt in hervorragendem Maße die Kopfbildung des Neugeborenen, so ist z. B. die Entwicklung eines Wasserkopfes meistens darauf zurückzuführen. E. Toff (Braila).

De Blasi, Der Übergang der Antikörper in die Milch und ihre Resorbierung durch das Intestinum der Säuglinge. (Rivista di Clinica Pediatrica. Januar 1905.) Die Versuche des Verf.s zerfallen in zwei Reihen: diejenigen der ersten Reihe zeigen, daß bei der passiven Immunisierung der Mutter (Katze, Kaninchen) die Säuglinge nicht einen genügenden Grad von Immunität erlangen, um der Inokulation einer letalen Dosis Toxin oder Bakterienkultur zu widerstehen. Die Versuche der zweiten Reihe beweisen, daß die Antikörper nicht allein in die Milch übergehen, sondern die Magendarmschleimhaut der Säuglinge in genügender Menge durchwandern, um den Effekt einer sicher letalen Dosis von Bakterienkultur zu neutralisieren. Der Unterschied in beiden Versuchsreihen besteht darin, daß bei der ersten die Säuglinge eine passive, im zweiten eine aktive Immunität erlangen. Dieser Unterschied zwischen aktiver und passiver Immunität hat nach Ansicht des Verf.s einen großen Einfluß auf die Menge der Antikörper, die in die Milch übergehen und vielleicht auch auf ihre Resorption durch den Intestinalkanal der Säuglinge. F.

Gennaro Gallo, Tod eines Neugeborenen infolge Störung der Saugfunktion. (La Pediatria. X. 1904.) Verf. berichtet über den Fall eines Neugeborenen, der es nicht fertig brachte, an der gut entwickelten Brustwarze der reichlich Milch gebenden Mamma zu saugen. Lippen, Gaumen, Zunge des Neugeborenen waren normal. Die Saugbewegungen waren so selten und schwach, daß sie nicht genügten, Milch herauszubringen. Flößte man ihm Muttermilch mit dem Löffel ein, so behielt er sie im Munde, bis sie schließlich aus den Mundwinkeln herausfloß, ohne daß irgendwelche Bewegungen gemacht waren, um die Milch hinunterzuschlucken; schob man jedoch den Löffel bis zur Zungenbasis vor, so wurden normale Saug- und Schluckbewegungen gemacht. Das Kind ging schließlich unter den Zeichen der Inanition zugrunde. Verf. sieht den Grund in einer Schwäche der Saugmuskeln. F.

G. Burckhard (Würzburg), Beobachtungen über die Gefahren Schultzescher Schwingungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 6.) B. hat eine Zeitlang eine genaue Sektion des Gehirns und vor allem des Rückenmarkes aller intra und post partum gestorbener Kinder vorgenommen und fand fast regelmäßig Blutergüsse von verschiedener Große im Wirbelkanal, und zwar zum Teil unter der Pia, zum Teil sogar in der Substanz des Rückenmarks selbst, bei denjenigen Kindern, die wegen Asphyxie geschwungen worden waren, und bei solchen, welche nach ausgeführter Wendung extrahiert worden waren. Es ist ihm sehr wahrscheinlich, daß wir das ätiologische Moment für jene Blutungen in den Manipulationen suchen müssen, die am kindlichen Körper während und nach der Geburt vorgenommen werden, und zwar kommen hier Extraktion und

Schwingungen in Betracht. Letztere deshalb aufzugeben wäre schon deshalb verfehlt, weil jene Schädigungen als selten zu betrachten sind. Außerdem aber leisten alle anderen Methoden nicht dasselbe wie die Schwingungen und werden bei tiefen Asphyxien meist versagen. Freilich muß der Operateur die Technik der Schwingungen durchaus beherrschen und namentlich bei frühgeborenen Kindern mit größter Vorsicht vorgehen. Grätzer.

St. Oberndorfer, Nebennierenblutungen beim Neugeborenen. (Aus dem patholog. Institut in München.) (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. No. 25.) Bei Erwachsenen findet man manchmal bei der Autopsie beide oder eine Nebenniere in große halbkugelige Tumoren umgewandelt, von dunkelblauroter Farbe, prall gespannt. Die Zysten enthalten reichlich flüssiges Blut oder geronnenes. Es sind in solchen Fällen immer hochgradige venöse Stauungen, welche ätiologisch in Betracht kommen.

Auch bei Neugeborenen kommen solche Nebennierenblutungen vor. Hier spielen chronische Stauungszustände, die bei Erwachsenen heranzuziehen sind, sicher keine so große Rolle. Was ist hier die Ätiologie?

Es sind in der Literatur einzelne solcher Fälle beschrieben worden, O. hat 2 Fälle selbst untersuchen können. In dem einen handelte es sich um ein in Steißlage geborenes, mit Kunsthilfe schwer zur Welt gebrachtes Kind, das schwer asphyktisch, völlig blaß war; die vorgenommenen Schwingungen verstärkten die Blässe mehr und mehr, das Kind starb kurz nach der Geburt. Bei der Autopsie fand O. eine ausgedehnte Blutung in die freie Bauchhöhle, als deren Ursache sich ein 1 cm breiter Riß in der Kapsel der vorderen Leberfläche fand. Beide Nieren waren in walnußgroße blaurote Tumoren umgewandelt, aus denen sich nach dem Einschneiden reichlich flüssiges Blut ergoß. Mikroskopisch zeigte sich die Marksubstanz völlig zertrümmert, die Rindensubstanz nur in kleinen Fragmenten noch vorhanden. Fall 2 betraf das Kind einer II para, bei der wegen verengten Beckenausganges am Ende der 36. Woche Frühgeburt eingeleitet worden war. Extraktion des Thorax sehr schwierig, so daß an beiden Oberschenkeln kräftig gezogen werden mußte. Kind asphyktisch, nach $^1/_4$ Stunde wieder belebt durch ausgiebige Schultzesche Schwingungen. Am 14. Tage ging das Kind unter zunehmender Schwäche und Ikterus zugrunde. O. fand beide Nebennieren als große helmartige Gebilde der Niere aufsitzend, braunrot verfärbt. Hauptmasse des Organs eingedickte ältere Blutmassen. Völlige Zertrümmerung der ganzen Nebennierensubstanz, nur noch spärliche Reste von Rindensubstanz. Der Fall ist insofern besonders interessant, als er der einzige ist, wo bei starker Zerstörung der Nebennieren das Leben doch noch 10 Tage andauerte. Die intra vitam unklaren Krankheitserscheinungen müßten wohl Folge des Ausfalles der Nebennierenfunktion gewesen sein, der Fall war als Beispiel eines rapid verlaufenden Morbus Addisonii anzusehen.

Von sieben mitgeteilten Fällen waren 5mal die Kinder asphyktisch. 3 Fälle stammen aus der Zeit vor den Schultzeschen Schwingungen, schon ein Beweis, daß letztere nicht allein für die Nebennieren-

blutungen verantwortlich zu machen sind. Daß auch Traumen solche veranlassen können, zeigt ein Fall (Hervey), wo das Kind nach der Geburt von der Mutter fallen gelassen wurde. Aber auch bei jeder schweren Geburt sind solche Einwirkungen möglich. Man denke an die bei Steißlagenoperationen oft sich ergebenden starken Dehnungen des kindlichen Rumpfes, an die Extraktion von Steißlagen, wo bei falscher Fingerstellung der Daumen gerade auf die Nebennierengegend drückt, an die auch bei Spontangeburt so oft stark komprimierenden engen Geburtswege. Andere Fälle sind auf starke venöse Stauung zurückzuführen. Bei asphyktischen Kindern findet man auch ohne Schultzesche Schwingungen Ecchymosen an allen möglichen Organen, und Schultze sagt mit Recht, daß man für Nebennierenblutungen die Schwingungen anschuldigt, um erst die venöse Stauung als ätiologisches Moment ausschalten müsse.

Grätzer.

L. Pincus, Zur Anatomie und Genese der Kopfnickergeschwulst des Neugeborenen. (Centralbl. f. Gynäkol. 1905. No. 20.) P. schildert folgenden Fall:

Das völlig spontan in I. Schädellage geborene, nur 2915 g schwere, von stark anämischer, aber sonst gesunder Mutter und nichtsyphilitischem Vater stammende Kind (Mädchen) starb 14 Tage nach der Geburt infolge eines heftigen Brechdurchfalles. Schon am zweiten Tage nach der Geburt war am Halse des Kindes im linken Kopfnicker, an der Vereinigungsstelle beider Portionen, ein haselnußgroßer, harter, mit einigen Ausläufern nach oben und unten hin versehener, anscheinend völlig unempfindlicher Knoten gefühlt worden. Eine schiefe Kopfhaltung des Kindes konnte nicht beobachtet werden, auch fehlte eine ausgeprägte Gesichtsasymmetrie und Obliquität des Kopfskelettes.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die auf Myositis fibrosa gestellte Diagnose und ergab im wesentlichen den Befund einer deutlich progredienten, jedoch zum Teil bereits alten abgelaufenen interstitiellen Myositis mit dazwischen gelagerten zerfallenen, zerfallenden und verkümmerten Muskelfasern. Bemerkenswert war das wellige, straffe Bindegewebe und ganz besonders das völlige Fehlen von Blutpigment.

Es handelte sich mithin nicht um eine Geburtsverletzung, sondern um eine teils bereits abgelaufene, teils noch im Fortschreiten begriffene Krankheit des Muskels entzündlichen Charakters, welche mit Lues sicher nichts zu tun hatte, aber möglicherweise traumatischen Ursprunges war, da die Mutter ca. 4 Wochen vor der Geburt des Kindes beim Herabsteigen von der Pferdebahn ausgeglitten war und einen heftigen Stoß mit dem Schirmstocke gegen den Unterleib erhalten hatte. Aber gegen die traumatische Genese spricht der progrediente Charakter der Entzündung, falls man nicht annehmen will, daß das Trauma des Geburtsaktes selbst in diesem konkreten Falle das Fortschreiten des entzündlichen Prozesses neuerdings veranlaßte.

Jedenfalls lehrt dieser Fall wieder, daß man nicht in allen Fällen von Kopfnickergeschwulst beim Neugeborenen kurzweg von „Geburtsverletzung“ sprechen darf, sondern im konkreten Falle, speziell bei spontanen Schädelgeburten, auch an eine intrauterine Entstehungsweise (Keimanlage, kongenitale Muskelvarietät) denken muß.

Grätzer.

J. Fischer (Wien), Beitrag zur Melaena neonatorum. (Wiener med. Presse. 1904. No. 52.) Eine 26jährige Frau brachte

1902 ein gesundes kräftiges Kind zur Welt. 36 Stunden post partum starb dasselbe an Anämie infolge profuser Magen- und Darmblutungen. Die Eltern leugnen Lues ganz entschieden, sie bieten auch nichts Krankhaftes dar. Auch hämophile Belastung erscheint ausgeschlossen. 1 Jahr darauf wiederum Geburt eines kräftigen Kindes, das aber 3 Stunden später typische Melaenasymptome zeigt und einige Stunden darauf stirbt. Organbefund, ebenso wie bei dem ersten Kinde, völlig negativ. Die Eltern wünschen dringend eine Behandlung, um dem Auftreten einer Melaena bei neuerlicher Gravidität vorzubeugen, der Mann wenigstens solacii causa für seine Frau. Da F. eine prophylaktische Beeinflussung höchstens bei luetischer Grundlage kennt, entschließt er sich, obwohl für diese Unterlage hier nichts spricht, doch für eine vaginale Quecksilberanwendung und läßt 30 Vaginaltampons à 2 g Quecksilberresorbin (jeden zweiten Tag eines) einführen. Ein drittes Kind wird geboren und bleibt gesund, ob post oder propter hoc, läßt F. offen. Grätzer.

F. G. Vernon, De la valeur du mélaena comme signe de l'invagination aiguë chez le nourrisson. (Thèse de Paris. 1904.) Ein frühzeitiges Symptom der Invagination bei Kindern besteht in in dem Auftreten blutiger Stühle in Begleitung von heftigen Bauchschmerzen und Erbrechen. Namentlich ist das Auftreten eines rein blutigen Stuhles von großer diagnostischer Bedeutung und kann man in der ersten Kindheit daraufhin schon die Diagnose auf akute Invagination stellen und auf chirurgischem Wege einschreiten. Die Ballonierung des Bauches und das Auftreten einer zökalen wurstförmigen Geschwulst können fehlen, jedenfalls können dieselben nur als Spätsymptome in Betracht gezogen werden. E. Toff (Braila).

Pfalz, Zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum. Ein paar Worte zur Ehrenrettung des Protargols. (Zeitschrift für Augenheilkunde. 1905. Heft 3.) Ein wesentlicher Vorzug des Protargols sei, daß man es ruhig den Laienhänden anvertrauen kann. Es muß stets frisch bereitet sein (recenter et frigide parata). Stärkere als 10 $^0/_0$ ige Lösungen gewähren keine Vorteile, haben sogar den Nachteil leichterer Zersetzlichkeit. Die Behandlungsmethode der Blennorrhoea neonatorum ist folgende:

1. Jede 1 $^1/_2$—2 Stunden Ausspülung mit Kali permang. 0,1—150 g.

2. 5 $^0/_0$ Protargol wird alle 6 Stunden (also 4mal am Tage) eingeträufelt. Vom 3. Tage ab wird 10 $^0/_0$ iges Protargol beim zweiten und vierten Male, 5 $^0/_0$ iges aber wie in den ersten Tagen beim ersten und dritten Male des Tages angewandt. — Die Abhandlung ist recht am Platze, denn Referent hat schon seit Jahren das Protargol (vorausgesetzt, daß man es richtig handhabt, nicht zu sehr erwärmt usw. Siehe die Arbeit von Jesionek in der Münch. med. Wochenschrift) als ein sehr gutes, sicher wirkendes, niemals Argyrose erzeugendes und relativ mildes Silberpräparat erkannt, so daß er zur Überzeugung gekommen ist, daß das Protargol zurzeit das beste Silberpräparat ist. Bei langandauernder Blennorrhoea neonatorum hat Rf. die günstigsten Resultate gesehen, wenn er neben den regelmässigen häufigen Aus-



spülungen mit Kali perm. oder Borsäure mit den Silberpräparaten, Protargol, Itrol, Arg. aceticum und nitricum wechselte.

E. Hartung.

L. Guinon (Pasis), Sur une cause de vomissement du nouveau-né. Vomissement par aérophagie. (Revue prat. d'obst. et de paed. November 1904.) Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, daß sich bei Kindern durch Luftschlucken Dyspepsie und oftmals wiederholtes Erbrechen einstellen und dieselben sich mit der Zeit zu einem chronischen Leiden entwickeln, wodurch die Pat. in ihrer Ernährung stark herabkommen. In einem Falle eigener Beobachtung handelte es sich um einen 5 Wochen alten Knaben, welcher, wahrscheinlich infolge eines Nasenfehlers, die Gewohnheit angenommen hatte, beim Saugen durch den Mund Luft einzuziehen und bei jeder Schluckbewegung einen Teil in den Magen hineinzubringen. Zeitweilig trat dann Aufstoßen und Erbrechen auf, wodurch die genossene Milch fast vollständig herausgegeben wurde. Wechseln der Nahrung (Backhaus-Milch) blieb ohne jeden Erfolg, hingegen brachten Magenwaschungen eine erhebliche Besserung des Zustandes. Es traten aber, wie so oft nach dem Aufhören profusen Erbrechens, hartnäckige Diarrhöen, an Stelle der bis dahin bestandenen Konstipation auf, konnten aber durch Tannalbin rasch zum Schwinden gebracht werden. Seither begann das Kind wieder an Gewicht zuzunehmen und entwickelte sich regelmäßig.

E. Toff (Braila).

Eugène Leuret (Bordeaux), Étude sur la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés. (Archives de méd. des enf. Mars 1905. No. 3.) Der Verf. wendet sich gegen die Annahme, daß die Gelbsucht der Neugeborenen hepatogenen Ursprunges wäre und bringt als Beweis seine an 35 ikterischen Neugeborenen und an einem an wirklichem infektiösen Ikterus erkrankten Kinde vorgenommenen Untersuchungen. Während in den ersteren Fällen die mit dem Serum vorgenommene Gmelinsche Probe immer negativ ausfiel, war dieselbe in dem letzten Falle sehr deutlich. Außerdem beobachtete L. im Blutserum der ikterischen Neugeborenen eine wirkliche Auflösung von Hämoglobin, welches sowohl makroskopisch als auch spektroskopisch nachzuweisen war. Ist die Krankheit im Vergehen, so findet man, daß auch diese Färbung des Blutserum immer blasser wird und schließlich ganz verschwindet. Der Harn dieser Neugeborenen ist zwar stark gelb gefärbt, doch rührt dies nicht von Gallenpigmenten her, sondern es handelt sich um Blutpigmente, welche in der Nieren eine Umwandlung in weniger oxydierte Körper durchgemacht haben. Bei wahrem infektiösem Ikterus hingegen ist der Nachweis von Gallenpigmenten im Harne leicht zu liefern.

Im Verlaufe des Ikterus neonatorum ist die Menge der im Harne ausgeschiedenen Phosphate und des Stickstoffes erheblich vergrößert, was auf eine Zerstörung von Nucleo-albuminen, hauptsächlich leukozytären Ursprunges hinweist.

Durch subkutane Einspritzungen von Methylenblau konnte Verf. die von anderen Autoren angenommene Undurchlässigkeit der Nieren bei diesen Neugeborenen feststellen, außerdem weist nichts auf eine

Beteiligung der Nieren hin, da die Pulsfrequenz normal ist und in 3 Fällen von Nekropsie in den Körpersäften auch keine Gallenbestandteile gefunden worden waren, so daß angenommen werden muß, daß der Ikterus der Neugeborenen keineswegs auf Leberinsuffizienz und renaler Impermeabilität beruht, sondern daß es sich um hämatogenen Ursprung desselben handle. Als Veranlassungsursache dürfte vielleicht eine allzu große Abkühlung des Körpers anzunehmen sein, gegen welche bekanntlich Säuglinge schlecht reagieren. Namentlich sind es die vorzeitig geborenen, die schwächlichen und mageren Kinder, welche schlecht gegen Abkühlungen des Körpers reagieren und diese sind es auch, welche den größten Kontingentsatz für den in Rede stehenden Ikterus liefern. Diese Abkühlung bewirkt die Auflösung einer gewissen Hämoglobinmenge im Blutserum, welche dann in Berührung mit den Geweben reduziert wird und zur Bildung von gelben noch ungenügend bekannten Blutpigmenten Veranlassung gibt.

E. Toff (Braila).

H. v. Krannhals, Über kongenitalen Ikterus mit chronischem Milztumor. (Deutsch. Archiv für klin. Medizin. 1904. Bd. 81. Heft 5 u. 6.) K. beschreibt 3 Fälle, welche jenes eigenartige Krankheitsbild boten, das Minkowski als erster auf dem 18. Kongreß für innere Medizin (1900) unter dem Titel: „Über eine hereditäre, unter dem Bilde eines chronischen Ikterus mit Urobilinurie, Splenomegalie und Nierensiderosis verlaufende Affektion“ beschrieb. Aus dem Stammbaum der drei ikterischen Geschwister ist zu ersehen, daß in der Familie der Mutter 8 Fälle der eigenartigen Krankheit nachzuweisen waren.

Das Symptomenbild war in den drei beschriebenen Fällen stets dasselbe, im Vordergrund steht der kongenitale Ikterus und der Milztumor. Der Stuhl war nie acholisch, der Urin enthielt nie Gallenfarbstoff, ebensowenig Blut oder Hämoglobin, dagegen Urobilin. Das Blutserum war gelb, ergab in einem Falle Gallenfarbstoff; die Zahl der roten Blutkörperchen war vermindert, ausgesprochene Polychromatophilie.

Krankheitsgefühl besteht in der Regel nicht. Hinsichtlich der Genese der klinischen Erscheinungen stellt sich K. auf den Standpunkt von Bettmann, welcher eine abnorm gesteigerte Tendenz zur Abgabe des Hämoglobins an das Serum annimmt und die Milzschwellung als spodogenen Tumor auffaßt. Die Krankheit scheint in Deutschland seltener als in Frankreich zu sein. Im ganzen konnte K. 26 Fälle aus der Literatur zusammenstellen.

Starck (Heidelberg).

Guinon, Rist et **Simon,** Splénomégalie chez une cholémique avec cyanose et polyglobulie. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 1904. No. 25.) Die Verff. beobachteten ein 10 jähriges Mädchen ohne familiäre Belastung, welches seit dem fünften Jahre eine Anschwellung des Abdomens und Ikterus in wechselnder Intensität zeigte. Die subjektiven Beschwerden bestanden lediglich in einem Gefühle der Schwere im Leibe, leichter Ermüdbarkeit beim Gehen und in oftmaligen Blutungen aus der Nase und den Genitalien. Eine Menstruatio praecox ließ sich ausschließen.

Die Leibesvorwölbung beruhte auf einer Splenomegalie. Albuminurie fehlte; ebenso waren Herz und Lunge normal. Die Verdauung litt nicht und der Stuhlgang besaß ordentliche Färbung. Der Appetit blieb vorzüglich und die Kranke nahm erheblich an Gewicht zu. Fieber trat nie ein. Gegenüber dem chronischen Ikterus war weder die Leber vergrößert, noch in ihrer Funktion gestört. Auch Aszites war nicht vorhanden. Die Gmelinsche, Pettenkofersche und Haykraftsche Reaktion fielen bloß zeitweilig positiv aus. Sehr auffällig erschien eine Zyanose, welche universell auftrat und Schwankungen durchmachte, die mit denjenigen des Ikterus korrespondierten. Zugleich betrug die Zahl der roten Blutkörperchen bis über $7\,^1/_2$ Millionen, vermochte jedoch zuweilen bis auf 3400000 herabzugehen. Im Gegensatz hierzu bewegte sich diejenige der weißen stetig zwischen 2400 und 3000 im Kubikzentimeter. Die Verff. reihen das Leiden zwischen die einfache familiäre Cholämie und die hypertrophische Leberzirrhose ein. Die Milzhypertrophie erklären sie aus der Cholämie, wogegen ihnen der ursächliche Zusammenhang zwischen den Höhepunkten des Ikterus mit denen der Polyglobulie unerklärlich bleibt.

Tamms (Göttingen).

Bar, Pemphigus dit épidémique des nouveau-nés, dermatite herpétiforme ou pemphigus a kystes épidermiques. (Ann. of méd. et chir. infantiles. 1905. S. 3.) B. beobachtete im Bezirk einer Hebamme eine Epidemie von Pemphigus neonatorum bei 7 Kindern. Bei allen trat die Erscheinung in der ersten Woche auf und ging nach mehreren Wochen in Heilung über. Zu derselben Zeit beobachtete er in demselben Wirkungskreis derselben Hebamme ein Kind, das mit Pemphigus ähnlichen Blasen geboren wurde. Syphilis lag nicht vor; Fuß- und Handsohle waren frei. Der Ausschlag blieb während 6 Wochen bestehen, nach deren Ablauf das Kind an einer Gastroenteritis zugrunde ging. Eine sichere Diagnose will B. nicht stellen. Er meint, es könne sich um eine Dermatitis herpetiformis gehandelt haben, oder um einen Pemphigus mit epidermaler Zystenbildung.

Schreiber (Göttingen).

J. Hallé, De la dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq chez l'enfant. (Archives de médecine des enfants. 1904. No. 7.) Der Verf. gibt eine zusammenfassende Beschreibung dieser Krankheit nach eigenen Beobachtungen und den in der Literatur befindlichen, sowie auch die Krankengeschichte einer Pat., bei welcher jahrelang der Verlauf der Dühringschen herpetiformen Dermatitis verfolgt werden konnte. Interessant war in diesem Falle das Auftreten von Albumin im Harne, von Anurie und eklamptischen Anfällen nach Beendigung einer lange dauernden Periode von schweren Hauteruptionen. Derartige Fälle würden die Theorie der toxischen Einflüsse in der Ätiologie dieser noch nicht genau erklärten Krankheit erheblich stützen. Von Jacquet wurden Fälle mitgeteilt, bei welchen die Perioden der Dermatose mit Oligurie, Verminderung des Harnstoffes, der Harnsäure und der Phosphate zusammenfielen. In anderen Fällen wechseln asthmatische Anfälle mit den Dermatosen ab.

Die Krankheit hat einen sehr langwierigen, schleppenden Verlauf; Perioden von relativem Wohlsein wechseln mit solchen wo die schwersten Hauteruptionen auftreten und der Kranke infolge derselben und der begleitenden Schmerzen außerordentlich herunterkommt. Bei manchen Kindern wurde eine Heilung mit Auftreten der Pubertät beobachtet, andere hingegen litten bis in das reifere Alter. Von einer Behandlung ist nur wenig zu erwarten, dieselbe ist auch je nach dem Patienten verschieden. Manchen nützen Salbenverbände, während andere sich unter Pulververbänden besser fühlen. Auch die innere Behandlung gibt keine sicheren Resultate. Von manchen wird Chinin, Ergotin, Strychnin, Ol. jecoris Aselli empfohlen. Auch die arsenikale Medikation gibt mitunter günstige Resultate, ebenso auch die Nervina, Belladonna und Valeriana. Hygiene der Haut, blande Diät und Regelung der Verdauungsfunktionen vervollständigen die ärztlichen Maßnahmen in der Behandlung dieser Krankheit.

E. Toff (Braila).

Honcamp, Zur Therapie der Impetigines. (Mon. f. prakt. Dermat. Dezember 1904.) Verf. fand das Chinolin-Wismut-Rhodanat (Crurin, Edinger) wirksam bei Impetigines durch seine kokkentötenden, austrocknenden und keratoplastischen Eigenschaften. Man entferne die Bläschen oder Borken und streue das Pulver mit einem Holzspatel (nicht mit Metall, welches oxydieren würde) auf. Ein leichtes, bald vorübergehendes Brennen kann man bei empfindlichen Pat. durch Amylumzusatz vermeiden, ohne dadurch die Wirkung wesentlich zu beeinträchtigen. Die Pustel verwandelt sich sofort nach dem Einstreuen in Schorf, so daß ein weiterer Verband unnötig ist. Die narbenlose Abheilung ist meist in 3—4 Tagen beendigt.

Max Joseph (Berlin).

F. Westberg, Impetiginöses Ekzem und Anderes. (Med. Klinik. 1905. No. 29.) W. teilt die Erfahrungen mit, die er in der Hautabteilung einer Hamburger Kinderpoliklinik gesammelt hat. Vor allem zeigt er, welche Dienste die Trikoplaste und Leukoplaste in der poliklinischen Praxis leisten können.

Besonders zufriedenstellend waren die Resultate beim impetiginösen Ekzem (namentlich des Gesichtes und der Ohren). Man nehme hier ca. 3—4 cm lange — je nach der Größe der Plaques, doch im allgemeinen nicht gar zu lange — ziemlich schmale Streifen $2\frac{1}{2}$-, 5- oder 10 %igen Salizyl-Trikoplasts, bedecke mit demselben dachziegelförmig die Effloreszenzengruppe reichlich, d. h. bis in die gesunde Haut hinein, und darüber noch reichlicher, d. h. diese Bedeckung nach allen Seiten überragend, eine ebenso plazierte Anordnung von Leukoplast, den man am besten in der Breite von $2\frac{1}{2}$ (oder 5) cm vorrätig hält; wo die Haut viel bewegt wird, so am Kinn und um den Mund herum, da lege man die Streifen recht schmal und nicht zu kurz und gebe besonders darauf acht, daß die Haut an der Applikationsstelle trocken sei; denn weder haftet Leukoplast gut auf feuchter Haut, noch ist es reizlos auf einer solchen. Hat man eine größere Anzahl kleinerer Herde auf einer ganzen Gesichtshälfte, so ist es am praktischsten, dieselben alle unter einen derartigen Ver-

band zu bringen, wobei die Streifen natürlich länger geschnitten werden müssen. Es ist geradezu überraschend, wie gut sie sich den Umbiegungsstellen, z. B. des Unterkiefers, anschmiegen, und wie fest so eine „Maske“ sitzt. In kleinsten, konzentrisch zum Meatus auditor. extern. angeordneten schmalen Streifchen haftet die Bedeckung sehr schön am Ohrläppchen und fügt sich, jeder Biegung und Furche folgend, bequem an. Sorgfältig appliziert kann der „Verband“ sich selbst getrost $^1/_2$ Woche überlassen werden. Dann entfernt man ihn durch sanftes Abziehen von einer Seite her in toto möglichst rasch und behält so die ganzen Borken am künstlichen Integument haften; dann ein sanfter Strich mit Benzin angefeuchtetem Wattebäuschchen über die leicht gerötete Stelle, und dieselbe steht zur Nachbehandlung bereit. Gelingt es nicht in $^1/_2$ Woche, so erneuere man das Integument für nochmals $^1/_2$ Woche, womöglich mit höher prozentuiertem Trikoplast. Wenn sehr starke Röte oder gar noch leichtes Nässen vorhanden, wende man 20 % Hydrargyrum-, 7,5 % Karbolpflastermull oder 5 % Tumenol-Salicyl-Trikoplast an und beim nächsten „Verbandwechsel“ Zinkoxyd (10 %) - Ichthyol (5 %) - Pflastermull, alles am besten mit reichlichem Leukoplast bedeckt. Allerdings ist diese Triko-Leukoplastmethode etwas mühsam, z. B. bei 8—10 Effloreszenzengruppen in einem Kindergesicht; aber andere Methoden sind unsauberer, schwieriger und doch ebenso zeitraubend. Schwieriger ist ja die Behandlung am behaarten Kopf. Auch bei noch so peinlich ausgeführter Applikation dauert es doch oft 3—4 Wochen, ehe hier Heilung eintritt. Man schneide (besonders bei Knaben) die Haare möglichst kurz und weit bis ins Gesunde hinein ab, tränke 6—8 fach zusammengelegten Verbandmull mit Salicylöl (5—10 % Salicyl zu Rizinus- und Olivenöl āā), drücke aus und bedecke damit reichlich die betreffende Stelle; darüber 2—3 fache Lage Watte und das Ganze entweder, bei ganz kurzem oder spärlichem Haar, mit Kreuz- und Querstreifen Leukopast oder, bei längeren Haaren oder kleineren, unruhigen Kindern, mit Mullbinde fixiert. Das lasse man 24 Stunden liegen, ordne dann Neuapplikation an, womöglich nach vorhergegangener Waschung mit Mull, grüner Seife und heißem Wasser, und lasse diese Prozedur 3—4 Tage hindurch wiederholen. Ist die Borke entfernt, so reinige man mit Benzin und appliziere eine dicke Schicht weißer Hg-Präzipitatsalbe, bedecke mit Watte und fixiere diese mit Kreuz- und Querstreifen von Leukoplast. Zur leichteren Entfernung der Leukoplaststreifen betupfe man sie oberflächlich mit Benzin. Die Salbe bleibt 2—3 Tage liegen, wird dann entfernt, der Rest mit Benzin eliminiert, und nun im günstigen Falle 10 % Ichthyolkollodium angewendet oder mit heißem Lysol (5 %) abgewaschen, abgetrocknet und mit Thymol ($^1/_4$ %)-Resorcin (2 %)-Spiritus 2 mal täglich nachbehandelt oder Zink (10 %)-Ichthyol (5 %)-Pflastermull appliziert.

Bei auf der Straße aufwachsenden Kindern mit arg vernachlässigter Haut bekommt man oft Wunden in miserablem Zustande zu sehen. Hier wasche man mit heißer Lysollösung ab, reinige die Umgebung mit Benzin, lasse trocknen und bedecke die Wunde mit 4—6 fach quadratisch zusammengelegtem, in Sublimat (1 : 4000) an-

gefeuchtetem Mull, darüber straff und reichlich Billrothin, und fixiere das Ganze fest mit Leukoplaststreifen, entweder einfassend an den Rändern, oder bei kleineren Flächen durch Kreuz-Querbefestigen. Am nächsten Tage event. Wiederholung, event. auch schon weiße Hg-Präzipitatsalbe auf Lint gestrichen, ebenso befestigt, und tags darauf Salicyl-Tumenoltrikoplast, geschützt durch Leukoplast. So armiert kann z. B. das Schienbein mehrere Tage in Ruhe bleiben bis zur Nachbehandlung (wie oben beim impetiginösen Ekzem). Ist die Wunde trocken, aber mit einem dünnen, nicht sauberen Schorf versehen, so nehme man Liantral (10%)-Salicyl ($2\frac{1}{2}$) Trikoplast für mehrere Tage und erst nach Abstoßung des Schorfes einen harmloseren Pflastermull (Liantraltrikoplast reinigt und desinfiziert sehr gut).

Bei Trichophytieerkrankungen der nicht behaarten Haut wirkt rascher Chrysarobin- oder Hg-Karbolpflastermull, als jener Liantraltrikoplast; letzterer genügt aber für solche Fälle als zweite Station und bei Rezidiven, ist auch da am Platze, wo Chrysarobin gefährlich ist (Gesicht) und ist besonders geeignet für einzelne Pityriasis versicolor-Herde, wie man sie auf der Brust von Wollwäsche tragenden Kindern so häufig sieht. Überall bedecke man auch hier den Trikoplast mit Leukoplast, wobei man ruhig den Verband 5—8 Tage liegen läßt, zumal ihm auch Wasser (Waschen!) nichts schadet. Wenn man eine Stelle am Finger mit Pflastermull bedeckt und dasselbe mit Leukoplast schützt, so kann man die Hand ruhig mehrere Male am Tage waschen, der „Verband" leidet nicht. Hat man einen frischen Schnitt mit ganz reinen Wundrändern vor sich, z. B. am Finger, dann wäscht man tüchtig mit Lysol, trocknet und legt einen Ring von Leukoplast an. Ist der Schnitt nicht ganz rein, so kommt ein desinfizierendes Pulver darauf, darüber ein dünnes Flöckchen Watte und darüber erst der Leukoplaststreifen.

Bei trockenem oder rhagadiformem chronischen Ekzem, wie es am Handrücken, Knie- und Ellenbogenbeugen so häufig ist, appliziert man schmale, die Breite der Affektion gerade eben überragende Streifen $2\frac{1}{2}$- oder 5 oder 10%igen Salicyltrikoplasts dachziegelförmig, schützt durch eine überragende Leukoplastschicht und läßt womöglich 8 Tage liegen. Bei der Nachbehandlung muß man individualisieren. Waren die Rhagaden nur oberflächlich, so genügt Applikation eines heilenden Pflastermulls (mit Leukoplast gedeckt) für 2—3 Tege, worauf man für die Nacht indifferente Salben anwendet, am Tage Handschuhe tragen läßt bezw. bei kleinen Kindern in trockene Mullbinden (mit Watte nach Puderung) die gefäustete Hand einbindet. Ging die Zerstörung der Oberhaut weiter, so ist nach 8 Tagen ein neuer Salicyltrikoplastverband für 8 Tage nötig. Jedenfalls wende man noch nicht Teer an, wohl aber ist Salicyl-Ichthyol-Pflastermull dann empfehlenswert, alle 2 Tage zu applizieren.

Grätzer.

C. Müller, Zur Kasuistik der kongenitalen Onychogryphosis. (Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Straßburg.) (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 49.) Bei einem 14jährigen Mädchen konstatierte M. neben

Psoriasis und kongenitaler Alopecie bezw. Hypotrichosis eigenartige Veränderungen der Nägel. Die Fingernägel erheben sich mehr oder weniger vertikal aus dem Nagelbett und wölben sich nach vorn. Die Nagelplatte ist auch stark transversal gebogen und bildet einen etwa zu zwei Drittel geschlossenen Zylinder. Das Nagelbett ist schmal, erhaben, etwas verlängert und teilweise zwischen die beiden Seitenränder der Nagelplatte eingeklemmt. Diese ist in ihrer distalen Hälfte frei beweglich und nicht mit dem Nagelbett seitlich in Berührung. Die Daumennägel haben keine Lunula und sind um das Vierfache, die übrigen Nägel durchschnittlich etwa 3 mal dicker als gewöhnlich; sie haben Längsfurchen und stark ausgeprägte Querfurchen. Ihre Farbe ist graugelblich. Alle Nägel erscheinen durch eine harte Hornmasse in die Höhe gehoben, die sich wie ein Keil zwischen Platte und Bett einschiebt und nur mit Mühe sich entfernen läßt. Bei den Zehennägeln sind die Veränderungen nicht so stark ausgeprägt.

Das Zusammentreffen von Mißbildungen der beiden Hautadnexe mit der Psoriasis hält M. für ein zufälliges. Grätzer.

H. Bardin (Paris), Le prurigo chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1903.) Die Arbeit gibt die Ansicht Combys über diese Frage wieder, derzufolge der Prurigo, sowie auch andere Dermatosen, auf einer toxischen Einwirkung von seiten des Verdauungstraktes beruhen. Es besteht eine gewisse Beziehung zwischen Urticaria, Strophulus, einfachem Prurigo und chronischem oder Hebraschem Prurigo. Letzterer ist nur das Endresultat des einfachen, mit welchem er anatomisch vollkommen übereinstimmt und sich nur durch den chronischen Verlauf unterscheidet. Die Ursache aller dieser Toxidermien ist in einer chronischen Dyspepsie und in den abnormen gastrointestinalen Gärungen, welche durch dieselben bedingt werden, zu suchen. Prophylaktisch ist also eine rationelle Ernährung der Kinder im ersten Lebensalter anzustreben, die Beseitigung einer event. bereits ausgesprochenen Dyspepsie, um auf diese Weise die Verwandlung des einfachen Prurigo in die chronische Form hintanzuhalten.

Bezüglich der Behandlung werden namentlich Einpackungen in mit Lebertran oder Öl-Kalkliniment getauchten Leinwandstücken, Salben mit Ol. cadinum, Perubalsam oder Acidum tartaricum.

E. Toff (Braila).

Simonini, Ein Fall von angeborener Psoriasis. (La Pediatria. IV. 1904.) Das Kind ging nach 30 Tagen infolge eines angeborenen Hydrocephalus zugrunde. Es stammte von neuropathischen Eltern. Der Vater hat seit 27 Jahren ausgebreitete Psoriasis, in der Antezedenz Fälle von Tuberkulose. Die ersten Herde des Ausschlages wurden bei der Geburt in Form kleiner, rundlicher, roter Knötchen an der Stirn längs der Haargrenze, an den Knien gesehen, außerdem waren am rechten Knie und am Skrotum linsengroße, ovale, weißgraue Flecken. Der Ausschlag breitete sich weiter aus und am Ende des zweiten Monats war der ganze Körper von einer typischen Psoriasis bedeckt. Bakteriologische Untersuchungen des Blutes, der Zerebrospinalflüssigkeit, der psoriatischen Herde blieben negativ.

Verf. faßt die Psoriasis in diesem Falle als den Ausdruck einer vasomotorischen Trophoneurose. F.

A. Garrick Wilson, Three cases of hereditary hyperkeratosis of the nail-bed. (The British journ. of Dermat. 1905. No. 1.) Verf. konnte eine seltene Nagelaffektion in der gleichen Familie bei mehreren Geschwistern, der Mutter zwei Geschwistern derselben, sowie der Großmutter beobachten. Bei einigen Familienmitgliedern waren auch die Fußnägel an der Hyperkeratose beteiligt. Die an der Matrix normalen Nägel wurden nach dem freien Rande zu durch dunkle hornige Massen emporgehoben, waren nicht schmerzhaft aber empfindlich und gingen selbst nach geringen Traumen ab. Sodann wuchs der Nagel zuerst normal, erst am Nagelrande erschien wiederum die gleiche Hornsubstanz. Die auch sonst gesunden Individuen hatten normale Haut, Haare und Zähne und waren völlig frei von Syphilis oder Ichthyosis. Max Joseph (Berlin).

G. Nobl, Zur klinischen, anatomischen und experimentellen Grenzbestimmung lupöser Hautläsionen. (Archiv f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 73.) Verf. gibt eine Übersicht über seine an 25 Pat. mittels der Radikalexzision und autoplastischen Deckung der Defekte erzielten Erfolge. An den ausgehobenen Bandsektoren konfluierender Lupusherde sind meist drei Zonen zu unterscheiden, die bald in scharfer Absetzung aneinander grenzen, bald in allmählicher Abschwächung ineinander übergehen. Es sind dies die peripheren Anteile des spezifischen Plasmas, eine mehr oder weniger entwickelte perilupöse Reaktionszone und ein durch keinerlei Alteration in den Prozeß einbezogener normaler Hautsaum. Ein Vordringen der lupösen Infiltrate bis in die Fettschicht konnte er in keinem der untersuchten 25 Fälle verfolgen. Die anatomische Untersuchung lehrte, daß die diskoiden und auch mehr diffusen Krankheitsherde stets radikal, sowohl der Tiefe als der Flächenausdehnung nach zur Absetzung gelangten. Der große Prozentsatz der geraume Zeit hindurch verfolgten Dauerheilungen zeigte, daß in den plastisch gedeckten oder durch Nahtvereinigung zum Ausgleiche gebrachten Operationsfeldern keine spezifischen, regenerationsfähigen Lupusfragmente zurückgeblieben sein konnten. Auch das Fehlen der Reaktion nach Injektion von Alb.-Tuberkulin bestätigte diese Erfahrungen. Max Joseph (Berlin).

Jacob Halpern, Der lokale Einfluß erhöhter Muskelfunktion auf die anormale Ernährung der Haut. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 72. Heft 1.) Verf. wurde zu seinen Studien angeregt durch einen eigentümlichen Vorgang bei einem 18 jährigen, mit Hyperidrosis manuum behafteten Manne. Derselbe wurde durch einen Unfall zu außergewöhnlicher Muskelanstrengung der Arme gezwungen, behielt die starke Bewegung gewohnheitsgemäß bei und beobachtete zu seinem Erstaunen, daß das Schwitzen der Hände nach einigen Monaten aufgehört hatte. Eine Anwendung dieser Erfahrung bei weiteren Fällen von Hyperidrosis manuum ergab, daß vermehrte Muskelfunktion eine starke Temperaturerhöhung bei trockener Haut

erzeugte, welche nicht sogleich, sondern etwas später, meist nach dem Essen, eintrat. Verf. erörtert weiter den günstigen Einfluß der Hypertrophie der entsprechenden Muskeln auf den Verlauf von Lungentuberkulose und Emphysem, auf die gesunde Haut, sowie bei Pigmentierungen. In letzterem Falle bedingte die Muskelfunktion eine regelmäßigere und schnellere Zirkulation der Säfte, welche die spontane Bewegung der Chromatophoren verminderte und somit die Pigmentierung zum Verschwinden brachte. Im allgemeinen übt die durch Muskelbewegung hervorgerufene Temperaturerhöhung einen Reiz auf die Enden der sensiblen Nerven aus und regt auf diese Weise die Gewebe an, welchen außerdem durch die erhöhte Blutzufuhr in den Muskeln bei der geringsten Reizung der sensiblen Nerven wiederum Blut zugeleitet wird. Die therapeutische Verwertung dieser natürlichen Vorgänge, überall wo erhöhte Blutzufuhr wünschenswert erscheint, sollte man um so weniger unterlassen, als hierbei die schädlichen Nebenwirkungen äußerer Agentia völlig fortfallen.

Max Joseph (Berlin).

Kurt Straßmann, Klinische, bakteriologische und mikroskopische Befunde bei der Verwendung des Radiumbromids in der Therapie der Hautkrankheiten. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1904. Bd. 71. Heft 2 u. 3.) Verf. führte seine Experimente mit einem von Baryum befreiten reinen Radiumbromidpräparat aus, welches in Hartgummikapseln befindlich und durch Umgebung mit einem Gummikondom an der Feuchtigkeitsaufnahme, welche die Radiumwirkung beeinträchtigt, gehindert ist. Das mit Glimmerplättchen abgeschlossene Zentrum des Präparates wurde dem zu bestrahlenden Herde entsprechend gerichtet und die Kapsel mittels Heftpflaster fixirt. Die zahlreichen eingehenden Versuche ergaben, daß für therapeutische Zwecke in langen Zeitabständen vorgenommene nicht zu kurze Expositionen am vorteilhaftesten seien. Der Vorzug der beschriebenen Methode liegt hauptsächlich darin, daß z. B. bei Behandlung der Lupusknötchen nicht tiefe Ulzerationen zu entstehen brauchen, sondern der gewünschte Erfolg bereits bei einer lebhaften reaktiven Entzündung erreicht wird. Übereinstimmend mit dieser Beobachtung lautet auch das Ergebnis der mikroskopischen Studien, daß die ersten Veränderungen am Gefäßapparat auftreten und das Epithel erst in zweiter Linie beeinflußt werde. Gute Erfolge erzielte Verf. bei Lupus vulgar. und erythemat., Naevi vascul. und pigment., Acne rosacea, Psoriasis und Verrucae durae. Mit Vorbehalt werden noch die Versuche an Karzinomen wiedergegeben. Resultatlos verlief die Radiumbehandlung bei Sycosis vulgar., Trichophytie und Favus, was wiederum den bakteriologischen Experimenten entsprach, da die bakterizide Wirkung des Radiums erst nach so langer Bestrahlung eintrat, wie sie bei menschlichem Gewebe zu schwere Schädigungen veranlassen müßte.

Max Joseph (Berlin).

Sondermann, Saugtherapie bei Lupus. (Mon. f. prakt. Dermat. 1905. No. 1.) Zur Behandlung des Lupus durch Hyperämie konstruierte Verf. einen folgendermaßen beschaffenen Saugapparat: Ein Hohlkörper aus Metall ist von einem Hohlgummiring umrandet

und vermittelst eines Schlauches mit einem Saugball verbunden. Ein zweiter Apparat ermöglicht die gleichzeitige Berieselung der erkrankten Hautpartie durch Kombination mit einem Flüssigkeitsbehälter, Glasgefäß und Rohr mit Brausenmündung. Die Handhabung der Apparate ist einfach genug um von dem Pat. selbst ausgeführt zu werden. Über die Heilwirkung der bisher an einer Pat. erfolgreich erprobten Methode will Verf. erst nach zahlreicheren Erfahrungen berichten.

Max Joseph (Berlin).

Franz Weitlaner, Dermotherapeutische und urologische Betrachtungen. (Mon. f. prakt. Dermat. Oktober 1904.) Verf. erprobte das Mesotan als Antihidrotikum, Desinfiziens und Desodorans bei Hyperidrosis pedum.

Gegen Seborrhoea capitis, sowie bei Alopecia pityrodes bewährte sich vor allem 10%iger Kampferspiritus. Max Joseph (Berlin).

Dopfer (Wasseralfingen), Über einen Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 16.)

D. sollte für ein 2jähriges Kind, das sich an einem Arme eine Brandwunde zugezogen hatte, eine „Brandsalbe" verschreiben. Er verschreib 100 g Ung. boric. mit der Anweisung, täglich einmal ein Leinwandstück, damit bestrichen, auf die Wunde zu legen. 4 Tage später kam der Vater des Kindes melden, letzteres habe nach der Salbe am ganzen Körper „Scharlachfriesel" bekommen und sei schwer krank. D. fand diese Angaben bestätigt. Zwar sah die Brandwunde gut aus, war zum Teil schon eingetrocknet; aber der Körper erschien mit einem scharlachartigen Exanthem vollständig bedeckt, das an Händen und Füßen bläulichschwarze Verfärbung und petechienartiges Aussehen zeigte; das Kind war bereits moribund und starb nach ½ Stunde.

Schon einige Stunden nach der ersten Applikation der Salbe soll das Exanthem sich entwickelt haben, das Kind wurde matt, appetitlos, bekam Erbrechen und Durchfall, wurde schläfrig und apathisch, blieb aber bei Bewußtsein bis zum Tode, der unter rapidem Kräfteverfall erfolgte. Es fand sich von der Salbe noch ein Rest von 20 g vor, man war also damit sehr freigebig gewesen (Kassenpraxis!).

Die Brandwunde als solche war weder nach ihrer Ausbreitung, noch nach ihrer Intensität (Verbrennung 1.—2. Grades) geeignet, das Leben des Kindes zu bedrohen, septische Infektion lag nicht vor, es mußte also die Borsalbe toxisch eingewirkt haben. Borsalbe gilt bei externem Gebrauch für unschädlich. Lewin berichtet allerdings von Todesfällen: „Nach Ausspülen der Brusthöhle mit 5%iger Borlösung traten Erbrechen und Pulsschwäche, ein weit sich ausbreitendes Erythem und am 3. bezw. 4. Tage unter Singultus und bei freiem Bewußtsein der Tod ein. Bei anderen, tödlich endigenden Borsäureintoxikationen, darunter ein Fall, der infolge Aufstreuens von Borsäure auf eine Wunde letal verlief, traten gleichfalls Erytheme und Petechien auf." Außer den Lewinschen Fällen fand aber D. in der Literatur nichts die Borsäure bei äußerlichem Gebrauche erheblich Belastendes vor, und die Borsalbe wird ja auch überall im Handverkauf abgegeben und gilt als durchaus harmlos. Nun war ja obige Brandwunde allerdings ziemlich groß (12 : 3 cm), auch kann eine Idiosynkrasie gegen Bor vorgelegen haben. Jedenfalls zeigt der Fall, daß die Anwendung der Borsalbe bei frischen Brandwunden von größerer Ausdehnung nicht harmlos, für Kinder nicht ungefährlich ist.

Grätzer.

Schaeche, Vergiftung nach Gebrauch der Wismutbrandbinden. (Therap. Monatshefte. Juli 1905.) Über einen beobachteten Fall schreibt S.:

„Es handelt sich um ein 6 jähriges Mädchen, das am Gesäß und an den Oberschenkeln bis zu den Kniekehlen herab schwere Brandwunden erlitten hatte. Unter feuchten Verbänden mit schwachen Lösungen von Borsäure oder essigsaurer Tonerde reinigte sich die riesige Wundfläche allmählich, und die Überhäutung begann, aber sie machte, wohl auch infolge der überaus ungünstigen Pflege- und Ernährungsverhältnisse des Kindes und seines an sich sehr schwächlichen Körperbaues, so langsame Fortschritte, und die kleine Kranke kam durch die beständigen Schmerzen so herunter, daß ich mich zu einem Versuch mit den Wismutbrandbinden entschloß, in der Hoffnung, damit die Wundheilung zu beschleunigen. Teils aus Vorsicht, teils des Vergleiches halber bedeckte ich aber nur das Gesäß damit, während ich die Oberschenkel nach wie vor feucht verband. Einen Unterschied zugunsten der Wismutbinden konnte ich nun nicht bemerken. Wohl aber stellte sich nach mehrtägiger Anwendung derselben teigige Schwellung beider Füße und trüber Harn mit starkem Eiweißgehalt ein, bei spärlicher Menge, kurz, das ausgesprochene Bild einer frischen Nierenentzündung. Als ich nun die Binden sogleich wieder mit den feuchten Verbänden vertauschte, gingen die Zeichen der Nierenentzündung alsbald bedeutend zurück, schwanden aber doch nicht vollkommen, und einige Wochen nachher ging das Kind nach im ganzen etwa dreimonatlichem Krankenlager an allgemeiner Erschöpfung zugrunde.

Eine Nierenentzündung ließe sich ja nun auch als eine Folge der Verbrennung an sich erklären. Aber hier mußte es doch auffallen, daß 9 Wochen lang nach der ursprünglichen Verletzung nichts davon zu bemerken war, und erst kurze Zeit nach der Wismutanwendung sich deren Merkmale einstellten. Da läßt sich ein ursächlicher Zusammenhang nicht von der Hand weisen und dafür spricht ja auch die augenfällige Besserung nach Aussetzen dieser Behandlung. Wenn nun auch hier bei dem überaus langsamen Heilungsverlauf, den ungünstigen äußeren Verhältnissen und der ohnehin sehr großen Erschöpfung auf eine Genesung schwerlich zu hoffen war, so muß doch die Wismutvergiftung zum mindesten als ein Zwischenfall aufgefaßt werden, der den ungünstigen Ausgang beschleunigte.

Daß das salpetersaure Wismut von einer äußeren Wundfläche aus Vergiftung, insbesondere Nierenentzündung hervorrufen kann, ist längst bekannt. Wenn dergleichen beim Gebrauch der Wismutbrandbinden, wie es scheint, noch nicht beobachtet worden ist, so mag das daran liegen, daß die Binden für gewöhnlich auf die frischen Verbrennungen gelegt werden, wo eine der Aufsaugung fähige Wundfläche noch nicht besteht. Hat sich aber erst eine solche gebildet, so wird das salpetersaure Wismut, als Brandbinde aufgelegt, unter geeigneten Umständen ebensogut Vergiftungen erzeugen können wie bei irgendeiner anderen äußeren Anwendungsart. Jedenfalls muß man die bedingungslose Unschädlichkeit der Binden, wie sie in der beigegebenen Gebrauchsanweisung betont wird, nach solchen Erfahrungen in berechtigten Zweifel ziehen, und ihre dort ebenfalls empfohlene Verwendung bei Unterschenkelgeschwüren dürfte unter Umständen bedenklich sein. Vielmehr empfiehlt es sich, die Wismutbinden bei granulierenden Flächen, zumal größerer Ausdehnung, überhaupt zu meiden, zum mindesten aber in solchen Fällen vor und während ihrer Anwendung den Harn genau zu beobachten. Bei frischen Verbrennungen sind die von Bardelebenschen Binden

durchaus am Platze, und sie stellen hier eine dankenswerte Bereicherung unseres Heilschatzes dar. Aber, wie gesagt, ihre unterschiedslose Anwendung, wie sie die gedruckte Anweisung empfiehlt, ist nicht ratsam. Auch hier heißt es, von Fall zu Fall entscheiden.“ Grätzer.

Froelich, Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage chez l'enfant. (Ann. de Méd. et Chir. infant. 1905. No. 8. S. 255.) F. bespricht kurz die Erscheinungen der narbigen Stenose des Ösophagus nach Verschlucken von Kalilauge, sowie die Indikationen und die verschiedenen Methoden der Dilatation durch Sondenbehandlung, Gastrotomie mit retrograder Bougierung und lineare Elektrolyse. Beachtenswert ist der Rat, bereits 8 Tage nach der Verätzung mit der Dilatation zu beginnen. Guten Erfolg erzielte F. auch durch die Anwendung des Thiosinamins. Zum Schluß fügt er zwei ausführliche Krankengeschichten an. Schreiber (Göttingen).

P. Sliwinski (Chorzow), Ein Fall von Morphiumvergiftung bei einem einjährigen Kinde, durch Einspritzung von Atropin geheilt. (Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1905. No. 6.) Das Kind bekam in der Nacht von der Mutter, die zwei Pulverschachteln zu Haus hatte, statt eines Kalomelpulvers ein für sie selbst bestimmtes Morphiumpulver von 0,02 g. Als S. das Kind 6 Stunden später sah, bot es die Erscheinungen einer schweren Morphiumvergiftung. Er injizierte sofort subkutan 0,003 g Atropin. sulf. Am Morgen war das Kind wieder völlig munter, ein Erfolg, der sicher der dreisten Atropingabe zuzuschreiben war.

S. regt im Anschluß an diesen Fall die Frage an, daß bei den Pappkästchen der Apotheken ein auffallender Unterschied erkennbar sein müßte zwischen solchen, die Medikamente für Kinder und solchen für Erwachsene enthalten. Grätzer.

B. Raaf (Bonn), Über den Gegensatz von Atropin und Morphin. (Die Therapie der Gegenwart. Juli 1904.) Eine treffliche Illustration zu diesem Thema geben zwei von R. beobachtete Vergiftungsfälle ab.

Im ersten Falle handelte es sich um einen $2\,^1/_2$ jährigen Knaben, der Morphiumtropfen in die Hände bekommen und davon so viel getrunken hatte, daß eine recht gefahrdrohende Situation bestand. R. injizierte subkutan von einer Atropinlösung 0,01 : 10,0 Aq. $^1/_3$ ccm (= 0,0003 Atropin. sulf.), d. h. nahezu $^1/_3$ der Maximaldosis für Erwachsene. Im Laufe von etwa 20 Minuten waren alle gefahrdrohenden Symptome gewichen. R. ließ dann noch von obiger Lösung prophylaktisch innerlich stündlich 5 Tropfen nehmen (4 mal), so daß das Kind in 5 Stunden etwa 1,5 mg Atropin erhielt. Am folgenden Tage war es vollständig hergestellt.

Fall 2 betraf einen 3 jährigen Knaben, der von einer Atropinlösung getrunken und eine vollständige Atropinvergiftung davongetragen hatte. R. injizierte von einer Morphinlösung (0,1 : 10,0) (= 0,003 Morph. mur.), d. h. etwa $^1/_3$ der für einen Erwachsenen bestimmten schlafmachenden Gabe. Nach kurzer Zeit verschwanden alle Intoxikationserscheinungen. Grätzer.

Jourdan, Bridure de la mâchoire, nécrose du maxillaire inférieur d'origine mercurielle chez un enfant malgache. (L'Écho Medical du Nord. No. 41.) Das 12 Jahre alte Kind wird mit der Diagnose „Syphilis" im Spital aufgenommen. Hier erhält Pat. innerhalb von 5 Tagen vier Kalomelinjektionen ins Gesäß. Es tritt bald darauf eine Gingivitis auf und Speichelfluß, später Kau- und Sprachbeschwerden. Schließlich ist Pat. überhaupt nicht mehr imstande, den Mund zu öffnen. Die Zähne fallen aus, und es kommt zu einer Nekrose des Unterkiefers mit dem Resultat, daß beide Kiefer verwachsen. Es resultiert schließlich ein vollständiger Verschluß der Kiefer mit Ausnahme einer kleinen Öffnung linkerseits. Verf. führt diesen unglücklichen Ausgang auf die Quecksilberkur zurück.

German (Göttingen).

Bosc, Intoxication par le sublimé. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1905). Das 11jährige Mädchen, welches zur Behandlung ihrer Impetigopusteln eine 0,1 %ige Sublimatlösung erhalten hatte, trank hiervon irrtümlicherweise etwa ²/₃ Wasserglas, fühlte hierauf etwas Brennen im Schlunde und Druck im Epigastrium. Sie bekam Eiweiß, Brechmittel und starken Kaffee, worauf sich der Zustand bis auf fortwährende Brechneigung und Empfindlichkeit auf Druck in der Magengrube einigermaßen besserte. Am sechsten Tage erschien eine intensive ulzeröse Stomatitis, welcher sich im weiteren Verlaufe immer ernstere Symptome beigesellten, wie: eine diphtheritisch belegte Ulzeration am linken großen Labium, Diarrhöe, Albumin im Harne, Zyanose, Delirien, dikroter Puls, starke Verminderung der Harnmenge, endlich am elften Tage ein ausgebreitetes Erythem der unteren Extremitäten, welches sich dann über den ganzen Körper verbreitete und ein masernartiges Aussehen annahm. Dabei hielten das Erbrechen und die diarrhoischen Stuhlentleerungen fast ununterbrochen, aber mit wechselnder Stärke an, wobei auch Blutgerinnsel mit dem Stuhle entleert wurden und sich hämorrhoidale Knoten entwickelten. In der dritten Woche begann der Zustand sich zu bessern, das Erythem schälte sich, die übrigen Symptome besserten sich und endlich, einen Monat nach stattgehabter Vergiftung, konnte die Pat. als geheilt betrachtet werden.

Die Behandlung hatte hauptsächlich in Milchdiät und Einspritzungen von 200—500 g künstlichen Serums täglich, sowie in Verabreichung von Äther, Koffein usw. bestanden. E. Toff (Braila).

Focke (Düsseldorf), Über bleihaltige Abziehbilder. (Zeitschrift f. Medizinalbeamte. 1905. No. 3.) F. sah bei einem 6jährigen Mädchen nach einer akuten Gastroenteritis eine Albuminurie, welche 5 Monate hindurch unter gleichzeitiger Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens immer zeitweise wiederkehrt. Nach Ausschluß anderer ätiologischer Momente kam F. zur Erwägung, ob nicht in der Rekonvaleszenz die empfindlichen Nieren geschädigt worden waren durch eine Bleieinwirkung, die so gering war, daß sie sonst keine stärkeren Zeichen hinterließ (denn solche fehlten hier durchaus). Das Kind hatte in den ersten 3 Wochen nach der Entfieberung fast täglich stundenlang mit Abziehbildern gespielt. F. ließ nun solche Bilder-

bogen mit Abziehbildern untersuchen, und es ergab sich, daß 1/4 der untersuchten Bogen ganz erheblich bleihaltig war. Grätzer.

O. Köhl (Naila), Ein Fall von Vergiftung mit „Schlaftee“ mit tödlichem Ausgange. (Münchener med. Wochenschrift. 1904. No. 30.) Im Anschluß an den Fall, den er beobachtet hat (3/4 jähriges Kind, dem die Eltern, um ihrem Vergnügen nachgehen zu können und es beruhigt zu Hause lassen zu können, „Schlaftee“ gaben), zeichnet K. den unerhört sträflichen Leichtsinn, der beim Publikum mit dem „Schlaftee“ (Absud von Mohnköpfen) und „Schlafsaft“ getrieben wird. Diese Dinge werden nicht nur von Apothekern und Drogisten, sondern manchmal auch von Krämern feilgehalten und in kolossalen Mengen abgesetzt. Dem müßte ein Ende gemacht werden, zumal sicher viele Todesfälle bei Kindern, die anderen Ursachen zugeschoben werden, auf Rechnung solcher von den Eltern ohne Maß und Kritik verabfolgter Beruhigungsmittel zu setzen sind. Grätzer.

Mackey, Two cases of ptomaine poisoning. (The Brit. Journ. of children's diseases. 1904. No. 11. S. 496.) Das erste Kind (6 jähriges Mädchen) erkrankte nach dem Genuß von Eiscrème mit Erbrechen, Durchfall und Krämpfen und starb am sechsten Tage. Bei der Autopsie fand sich nur eine Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut sowie Schwellung und Injektion der Mesenterialdrüsen. Das zweite Kind erkrankte einige Stunden nach dem Pflücken von Blumen, was es event. genossen hatte, ließ sich nicht feststellen, auch hier bestand Erbrechen und Durchfall, der Puls war sehr klein, beschleunigt. Im weiteren Verlauf stellte sich Anurie ein, welche 4 Tage anhielt. Auf Injektion von Kochsalzlösung wurde Urin entleert, der frei war von abnormen Bestandteilen.

Schreiber (Göttingen).

C. Renggli (Luzern), Zur Frage der Abhärtung der Kinder im ersten Lebensjahre. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1905. No. 12.) Buxbaum schreibt in seinem Lehrbuche der Hydrotherapie folgendes Regime der Abhärtung bei Kindern vor:

In der ersten Woche das tägliche warme Reinigungsbad von 35° C. (28° R.), von da an allmählich kühleres Wasser bis zu 30° C. (24° R.). Nach dem Bade Übergießung des Rumpfes des Kindes mit Wasser von 23° C. (18° R.). Hierauf kräftige Abreibung mit trockenem (gewärmtem) Tuche. Das Bad soll im ersten Jahre nicht kälter als 30° C. (24° R.) gegeben werden. Mit dem Wasser zum Übergießen kann man bis zum Ende des ersten Jahres auf 20° C. (16° R.) heruntergehen. Vom zweiten Jahre an genügt dann die Übergießung allein täglich einmal morgens mit Wasser von 20° C. (16° R.), später nimmt man zimmergestandenes Wasser. Das Bad ist aus der Bettwärme heraus zu applizieren und soll kurzdauernd sein.

Dem gegenüber will Hecker die Abhärtung mit Wasserprozeduren im ersten Lebensjahre ganz weglassen. Nach seinen Erfahrungen aus der Praxis möchte R. sich mit einigem Vorbehalt den Ratschlägen Heckers anschließen. Im ersten Lebensjahr das tägliche Reinigungsbad vormittags von 35° C. (28° R.) von 5 bis höchstens 10 Minuten

Dauer. Bei kräftigen Kindern in der warmen Jahreszeit abends eine Abwaschung von 32—27° C. (26—22° R.) von ganz kurzer Dauer mit nachfolgender Abreibung. Weglassen dieser Abwaschung bei beginnenden krankhaften Zuständen des Kindes.

Vom zweiten Lebensjahre an 1—2 Reinigungsbäder die Woche und dabei allmähliches Heruntergehen der Temperatur um 1—2—3° und daneben Abwaschungen mit lauem, allmählich kühlerem und zuletzt zimmergestandenem Wasser, am besten morgens aus der Bettwärme heraus. Vom 6. Lebensjahre an Schwimmbäder, aber nicht unter 20° C. (16° R.).

Daneben aber nach dem Vorschlage Heckers folgende wichtige Abhärtungsmethoden:

Gewöhnung an die Luft des Zimmers: durch zeitweiliges Bloßliegen und Bloßstrampeln im temperierten Raume. Schlafen bei offenem Fenster im Sommer unter Abhaltung der direkten Luftströmung.

Gewöhnung an die Luft im Freien: durch Ausfahren im ersten Halbjahr bei günstigem Wetter und zwar von der 3.—4. Woche an. Dabei soll das Kind warm eingepackt und das Gesicht durch einen Schleier geschützt werden. Durch den Schleier oder ein poröses Tuch wird die kalte Außenluft etwas vorgewärmt. Im zweiten Halbjahr Ausfahren bei jeder Witterung, ausgenommen bei Windsturm und großer Kälte.

Möglichst langer Aufenthalt im Freien nach den Prinzipien der Freiluftliegekur.

Richtige Anpassung der Kleidung an Klima und Jahreszeit.

Bei größern Kindern Barfußlaufen im Zimmer, event. Luft- und Sonnenbäder in der milden Jahreszeit. Grätzer.

O. Cozzollino, Die Technik der kalten Umschläge bei akuten fieberhaften Krankheiten der Kinder. (Il bambino Vicenza. 15. Mai 1904.) Verf. widerrät das lange Liegenlassen des kalten Umschlags, der den antipyretischen Erfolg herabsetzt und vielleicht eine Wärmestauung bewirkt. Es genügt, seine Dauer auf 10 Minuten zu beschränken und nicht mehr als vier Umschläge hintereinander zu machen, um dann eine mehrstündige Pause eintreten zu lassen. Nur bei heftigem Fieber mit schweren nervösen Erscheinungen sollen die Umschläge alle 5—6 Minuten erneuert werden. F.

O. Heubner, Über Badekuren im Kindesalter. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 17 u. 18.) H. stellte, um sich über die Wirkungsweise des Kochsalzbades zu überzeugen, Versuche an zwei Kindern an. Es ergab sich als wesentliches Moment, daß die Solbadekur (in der Dauer von 9 Tagen) die Stickstoffbilanz in einem die Ausscheidung befördernden Sinne beeinflußt. In beiden Versuchen bewirkten die Salzbäder eine Steigerung der Zersetzungsvorgänge im Körper. Wenn nun während des Solbädergebrauches das energische Bestreben des wachsenden Kindes, seinen Stickstoffbestand nicht nur festzuhalten, sondern sogar zu vermehren, in das Gegenteil verwandelt wird, so darf man wohl von einem energischen

Einfluß einer solchen Kur auf die Bilanz des kindlichen Haushaltes reden. Das Solbad scheint nach H.s Beobachtungen auf zweierlei Weise in den Stoffwechsel einzugreifen, erstens durch eine Ebbe- und Flutbildung des Blutes zwischen Körperinneren und der äußeren Oberfläche, und sodann durch eine Einwirkung auf die Ausbreitungen der peripheren vasomotorischen und wohl auch sensiblen Nerven. Jedenfalls zeigten die Versuche — und das stimmt ja auch mit der täglichen Erfahrung überein —, daß Solbäder eine eingreifende Kur darstellen oder wenigstens bei schwächlichen Kindern darstellen können. Jedes Solbad muß von einer guten Reaktion gefolgt sein: es müssen gleichmäßige rasche Erwärmung der Oberfläche, rote Färbung der Schleimhäute, Nägel, Wangen, gute Beschaffenheit und mäßige Frequenz des Pulses und wohliges subjektives Gefühl eintreten, und zwar mindestens $^1/_2$ Stunde nach dem Bade; wollen sie beim umhergehenden Kinde sich nicht einfinden, so hat man Bettruhe nach dem Bade zu verordnen und hat auch das nicht den gewünschten Erfolg, so ist die Kur aufzugeben. Blasse, magere und appetitlose Kinder mit Solbädern zu behandeln, hält H. für ein Wagnis. In jedem Falle ist zu verlangen, wenn eine begonnene Solbadekur über Wochen fortgesetzt werden soll:

1. Daß die Reaktion nach dem Bade in der beschriebenen Weise eintritt,
2. daß der Appetit steigt und mehr als vorher verzehrt wird,
3. daß das Körpergewicht steigt oder wenigstens nicht sinkt.

Seebäder sind potenzierte Solbäder, soweit die Beeinflussung des Stoffwechsels in Frage kommt. Denn hier addiert sich zum Reiz des Salzgehaltes des Wassers derjenige der kühlen Temperatur — einerseits des Wassers, andererseits der Luft beim Verlassen des Bades — und der Bewegung des Wassers. Es dürfte hier eine ganz energische Verbrennung auch der stickstofffreien Substanz sicher angeregt werden. Warme Seebäder werden wie einfache Solbäder zu werten sein. Bei kalten werden die Indikationen mit noch größerer Vorsicht zu stellen, die Kontrolle noch schärfer auszuüben sein. Wo dies geschehen, werden Seebäder freilich mit noch nachhaltigerem Erfolg in den Haushalt des kindlichen Organismus eingreifen, als die Solbäder.

Kohlensäurehaltige Solbäder wirken wahrscheinlich ebenfalls stärker ein, als einfache. Der Gaswechsel erfährt eine hohe Steigerung, das Wärmegefühl wird durch die Kohlensäure erregt. So wird man event. bei schwächlichen und blutarmen Kindern hier noch eine befriedigende Reaktion erzielen, die beim einfachen Solbad versagt. Bei herzkranken Kindern wird man hier gute Erfolge erzielen, und bei rheumatischen Herzkranken tritt noch eine weitere Indikation hinzu: da die Temperatur eines solchen Bades, ohne dem Kinde unangenehm zu werden, allmählich unter die Indifferenzzone erheblich herabgehen kann, so läßt es sich als Einleitung für abhärtende Prozeduren benutzen. Man läßt ihnen, nachdem die Kinder nach Hause zurückgekehrt sind, in vorsichtiger Steigerung die stärkeren hydrotherapeutischen Maßnahmen der Abreibung, Abgießung usw. folgen. Endlich dehnt sich die Anwendung dieser Badeform noch

auf mancherlei im Kindesalter vorkommende Lähmungen aus. Namentlich jene zweifelhaften Schwächezustände, die manchmal nach Infektionskrankheiten zurückbleiben, aber auch spontan kommen, wo die Diagnose zwischen funktioneller Lähmung, Neuritis und leichter Poliomyelitis schwankt, gehören hierher.

Die Moor- und Schlammbäder werden viel zu wenig in der Kinderpraxis herangezogen. Sie dürften bei manchen Formen chronischer Ernährungsstörungen, z. B. beim Lymphatismus, wohl einer Prüfung wert sein, ebenso wie bei manchen Lähmungsformen, z. B. der zerebralen Kinderlähmung, und beim chronischen Gelenkrheumatismus.

Auch die Schwefelthermen werden von den Pädiatern mit Unrecht vernachlässigt. Beim Ekzem, bei Urtikaria, Lichen strophulus, bei skrofulösen Hautaffektionen, bei Furunkulosis wären sie am Platze, und auch Lues tarda wäre in manchem Schwefelbade sehr gut aufgehoben.

Schließlich weist H. noch auf eine Indikation der warmen, event. bis zu heißen gesteigerten Bäder hin, die man in der Klinik öfters mit Nutzen verwertet, und bei denen H. auch bei Badekuren in Wildbädern (Teplitz, Wildbad, Gastein) zweifellose Besserungen gesehen hat: die spastischen Lähmungen, besonders die angeborenen oder sehr früh erworbenen.

Grätzer.

Koloman Szegö, Stärkung des Kindes am Strande. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 4—6.) Zur allgemeinen Kräftigung der Kinder ist das Klima unserer Meeresküste in hervorragendster Weise geeignet. Zu Beginn des Aufenthaltes an der See sind manchmal Aklimatisationsstörungen oder Anfangsverschlimmerungen wahrzunehmen. Zur Bekämpfung dieser letzteren ist prolongierte Ruhe in der Form von Liegekuren in freier Luft anzuordnen, wodurch der Überreiz des Seeklimas ausgeglichen wird.

Die klimatische Einwirkung ist auch für sich allein imstande, einzelne allgemeine Schwächezustände sistieren zu lassen. Bedeutendere Kräftigung und Abhärtung wird erzielt durch Freiluftkuren, welche in allmählichen Übergängen und schrittweise fortschreitend angewendet werden; zuerst im Zimmer, nur kurz dauernd und endlich mit Ausnutzung der Seewinde. Außerdem stehen Wasserkuren als Abreibungen, Abgießungen und Bäder zur Verfügung, deren Reaktionswirkung künstlich durch vor- und nachherige trockene Abreibungen zu unterstützen ist. Zu energisches Vorgehen mit solchen Prozeduren kann leicht zur Übermüdung und Erschöpfung des Organismus führen. Die Gewichtszunahme und bessere Blutbildung geben das Maß der Besserung an. Im Rahmen der allgemeinen Kräftigung ist von hervorragender Wichtigkeit eine planmäßige zweckentsprechende Ernährung. Besonders wichtig ist eine gemischte Kost mit bevorzugter Pflanzennahrung. In torpiden pastösen Fällen ist die trockene Diät am Platze, Erethische sind bei gemischter Kost auf Milchkonsumtion angewiesen.

Hecker.

H. Elsner, Über die Indikationen und Kontraindikationen der Anwendung von Eisenpräparaten bei Magenkrankheiten.

(Aus Dr. J. Boas' Poliklinik in Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Juni 1905.) E. gelangt auf Grund klinischer Untersuchungen, die er bei Chlorotischen mit Perdynamin anstellte, zu folgenden Schlüssen:

1. Dyspeptische Erscheinungen sind an sich keine Kontraindikation gegen die Anwendung eines Eisenpräparates.

2. Bei Vorhandensein dyspeptischer Beschwerden hat der Anwendung eines Eisenpräparates in jedem Falle die funktionelle Untersuchung des Magens voranzugehen.

3. Kontraindiziert ist die Anwendung eines Eisenpräparates
   a) bei organischen Erkrankungen des Magens,
   b) bei Hyperazidität oder Hypersekretion,
   c) wenn vorhandene dyspeptische Beschwerden bei Eisengebrauch eine Steigerung erfahren.

4. Das Perdynamin wird bei funktionellen Magenerkrankungen in der großen Mehrzahl der Fälle gut vertragen, im besonderen erscheint es für Fälle von sekretorischer Insuffizienz geeignet, da es imstande ist, die Magensaftsekretion anzuregen. Grätzer.

F. Lommel, Zur Behandlung der Leukämie und Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen. (Aus der med. Poliklinik zu Jena.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 19.) In zwei Fällen, bei einem 27 jährigen Pat. und einem kleinen Kinde, übte die Röntgenbehandlung einen recht günstigen Einfluß auf das Leiden aus, wie die beigefügten Krankengeschichten deutlich zeigen.

Als Anhang teilt L. einen Fall von kongenitaler Leukämie mit. Das Kind kam einige Tage nach der Geburt zur Beobachtung, die leukämischen Veränderungen bestanden offenbar schon am Tage der Geburt. Die Ursache der Erkrankung blieb ganz unklar. Die Anamnese brachte gar kein Licht in das Dunkel der Ätiologie. Grätzer.

P. F. Zuccóla, Ein Fall von Leukämie bei einem Neugeborenen. (La Pediatria. VIII. 1904.) Die Krankheit wurde konstatiert, als das Kind 21 Tage alt war. Im Blut fanden sich Unmengen von Normoblasten und Megaloblasten, ferner — wenn auch nicht sehr reichlich — Myelocyten, prozentuale und absolute Vermehrung der Mastzellen, Vermehrung der großen mononukleären Ehrlichschen Zellen und der Übergangsformen, absolute Vermehrung der Polynukleären. Während die Zunahme der Polynukleären ausschließlich eine absolute war, waren im Gegensatz dazu die Lymphozyten sowohl in absoluter wie relativer Hinsicht vermehrt. Interessant war auch der klinische Verlauf: Seit den ersten Tagen der Geburt machte sich eine zunehmende Kachexie bemerkbar mit Diarrhöe und Erbrechen, wenige Tage darauf traten Eruptionen auf der Haut — wahrscheinlich Erythem infolge Kachexie — auf, sowie Petechien und in den letzten Tagen richtige Hämorrhagien im Zahnfleisch und Epistaxis. Es bestand remittierendes Fieber. Die Untersuchung der Organe ergab ein negatives Resultat. 19 Tage nach Beginn der Krankheit trat unter neuen Blutungen und nach kurzen Konvulsionen Exitus ein. In der Epikrise seines Falles kommt Verf. zu dem Er-



gebnis, daß es sich hier um eine Mischform zwischen perniziöser progressiver Anämie und Leukämie handelt, die von Leube Leukanämie genannt worden ist. F.

Jeanselme et **P. Emile Weil**, Un cas de leucémie aigue chez l'enfant. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. No. 7.) Der 9jährige Knabe hatte bisher nur Bronchitiden und Krupp durchgemacht. Er ging binnen 3 Wochen an akuter Leukämie zugrunde. Zuerst befiel ihn eine Angina pseudo-membranosa, zu welcher Purpura haemorrhagica und eine Adenitis multiplex leichten Grades hinzutrat, Milzschwellung, Fieber und fortschreitende, schwere Anämie. Letztere beherrschte das Krankheitsbild vom Beginn der klinischen Beobachtung an. Man vermutete anfangs perniziöse Anämie, zumal weil sich Milzschwellung und Adenitis in recht mäßigen Grenzen hielten. Die Erythrozyten zeigten keine bemerkenswerten Veränderungen. Die Zahl der Leukozyten betrug bloß 4000. Die Diagnose der akuten Leukämie wurde klar durch die fortschreitende Verschlimmerung des Leidens und die 80 % ausmachenden mononukleären Lymphozyten. Die Autopsie bestätigte jene klinische Diagnose, und zwar der lymphatischen Form, durch den Nachweis diffuser Hämorrhagien, einer Milzschwellung, einer solchen der Drüsen und einer medullären Proliferation. Tamms (Göttingen).

T. Zelenski u. **T. Cybulski**, Über das Vorkommen von Myelozyten im kindlichen Blute. (Przeglad lekarski. 1904. No. 27—30.) Mehr als die Aufschrift verspricht, bringt uns der Aufsatz, es ist eine genaue Blutanalyse von 180 verschiedenartigsten Krankheitsfällen, und wenn auch Verf. hauptsächlich Schlußfolgerungen bloß in bezug der Myelozytose zogen, so sind die anderen Ergebnisse der Studie nicht minder interessant und lehrreich.

Vor allem definieren Verff. genau den Begriff der Markzellen (Myelozyten), ein Vorgehen, notwendig mit bezug auf die letzterzeit eingetretene Verwirrung in der Nomenklatur. Wenn man von Myelozyten spricht, versteht man stets eine neutrophile Markzelle, mit einem meistens runden oder ovalen Kern, und mit einer feinen, neutrophilen Körnung. Außerdem kommen in manchen pathologischen Zuständen im kindlichen Blute eosinophile einkernige Myelozyten vor; normalerweise sind jedoch beide Formen bloß Bestandteile vom menschlichen Knochenmark. Neutrophile Myelozyten kommen im Blute bloß kurze Zeit nach der Geburt vor und stellen nach Grawitz Vorstufen der vielkörnigen, neutrophilen Markzelle dar; ihr Vorkommen im späteren Lebensalter im Blute ist Symptom dessen, daß die Myelozyten das Knochenmark im frühreifen Zustande verlassen, und ist dem Erscheinen kernhaltiger roter Blutkörperchen gleichzusetzen.

Die Untersuchungen der Verff. haben darauf geführt, zweierlei Arten neutrophiler Myelozyten zu unterscheiden, 1. große Myelozyten mit einem sehr großen Kern und schwach tingierbarer, spärlicher Körnung, und 2. kleinere Myelozyten mit einem kleinen Kern und dichter, gut färbbarer Körnung. Die Analogie mit kernhaltigen roten Blutkörperchen weiterführend, würden die ersten Formen den Megalo-

blasten, die zweiten den Normoblasten entsprechen, zumal Verff. in dem großkörnigen einen frühreiferen, in dem kleinkörnigen Myelozyten einen späteren, der Umwandlung in die normale mehrkörnige neutrohpile Zelle näheren Typus sehen.

Als Färbeflüssigkeit wurde Ehrlichs Triazidlösung, neutrale Eosinlösung und alkoholische Methylenblaulösung verwendet.

Nun folgen genaue Blutbefunde von 8 Fällen von schwerer Anämie, verbunden mit Milzschwellung, Leukozytose, kernhaltigen, roten Blutkörperchen, kurz von einem Symptomenkomplex, den Jacksch als Anämia infant. pseudoleukaemica bezeichnet hat. Das jüngste Kind war 10 Monate, das älteste 5 Jahre alt. Bei allen wurden Myelozyten, wenn auch in variierender Menge, gefunden (1,5 $^0/_0$—17,4 $^0/_0$).

Von 6 Fällen von Debilitas congenita im Alter von 10 Tagen bis 6 Wochen wurden bei 5 Kindern Myelozyten nachgewiesen, und dies meistens in ziemlich großer Anzahl. Ferner wurde eine große Anzahl Blutbefunde an hereditärer Lues, Tuberkulose, chronischer Intoxikation aus dem Darmtraktus leidender Kinder mit fast stets positiver Myelozytose erhoben; seltener dagegen bei Rachitis und Skrofulose. Das Alter der Untersuchten schwankte von 2 Wochen bis 5 Jahren. Ebenso wurde Myelozytose bei akuter Lungenentzündung und Dyspepsie vorgefunden, im allgemeinen auf 157 pathologische Fälle 97 mal. Gesunde Kinder wiesen im Blute Myelozyten bloß in den ersten paar Lebenswochen auf, jedoch in spärlicher Anzahl und ziemlich selten.

In den Kreis der Untersuchung wurde auch das Vorkommen kernhaltiger roter Blutkörperchen gezogen und positive Befunde von 134 untersuchten Fällen 36 mal erhoben, wogegen in eben diesen Fällen 80 mal Myelozytose konstatiert wurde. So kommen Verff. zum Schlusse, daß das Vorkommen von Myelozyten im Blut kranker Kinder in den ersten Lebensjahren kein exzeptionelles sei, und bei verschiedensten Krankheitsformen angetroffen werden kann. Demgemäß ist auch die Identifizierung des bei Erwachsenen und Kindern vorkommenden Symptomenkomplexes als Myelozytose und Milzschwellung unter dem Namen Splénomégalie chronique avec anémie et myelémie nicht zutreffend, da die Bedeutung der Anwesenheit von Myelozyten im Blute von Erwachsenen und Kindern grundverschieden ist.

Dagegen aber ist das zahlreichere Auftreten von kernhaltigen roten Blutkörperchen im kindlichen Blut, speziell der Megalo- und Gigantoblasten ein Zeichen, daß ohne Rücksicht darauf, ob die Anämie primär oder sekundär ist, die Bluterkrankung nun als selbständiges Leiden auftritt, so daß diesem Symptom eine hervorragende Bedeutung beizumessen ist.

Gabel (Lemberg).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 10. Mai 1905.

(Nach der Wiener med. Presse.)

J. Zappert demonstriert ein hereditär-luetisches Kind mit akuter **zerebraler Hemiplegie.** Vielleicht handelt es sich um Encephalomalacie auf Grund einer Endaortitis luetica. Eine Besserung der Lähmung ist unter antiluetischer Therapie möglich, in mehreren derartigen Fällen trat vollkommene Heilung ein.

Ferner demonstriert derselbe ein 6jähriges Kind mit **progressiver Paralyse.** Dasselbe war bis zum 5. Lebensjahre gesund, seither trat eine rapid fortschreitende Verblödung ein und das Sprachvermögen verschwand fast vollkommen. Die Pupillen sind ungleich und lichtstarr, die Reflexe gesteigert. Es ist nicht festgestellt, ob das Leiden auf luetischer Basis beruht.

Födisch stellt aus der Abteilung von Prim. Foltanek ein Mädchen mit **Naevus papillaris unilateralis** vor, welcher vor 2 Monaten entstanden ist. An der rechten Rumpfseite und an der rechten unteren Extremität befinden sich in streifenförmiger und bogenförmiger Anordnung Flecken aus kleinpapillären, etwas hyperämischen, stecknadelkopf- bis linsengroßen Effloreszenzen, um das Knie sehen sie Psoriasisplaques sehr ähnlich. Nach Berichten der Literatur sind einige Fälle durch Behandlung mit Thyreoidintabletten und Arsen zurückgegangen.

K. Hochsinger demonstriert Röntgenbilder eines Falles von **Polymyositis und Osteochondritis heredo-luetica** mit einem eigentümlichen Lähmungstypus der Unterarme (Flossenstellung der Hände). Die Arme sind adduziert, im Ellbogen flektiert, die Muskulatur des Unterarmes paretisch, Hände etwas gebeugt, proniert und ulnarwärts abduziert. Peters hat die Lähmung auf eine luetische Rückenmarksaffektion zurückgeführt, während Vortr. als Ursache derselben eine syphilitische Myositis ansieht. Die Umgebung beider Ellbogengelenke ist geschwollen, die Unterarmmuskulatur hart infiltriert, die Röntgenaufnahme zeigt eine ossifizierende Periostitis und Perichondritis. Die luetische Myositis schließt sich entweder an die Knochenerkrankung an oder kann auch selbständig auftreten. Bis jetzt ist kein Fall bekannt, welcher die Ansicht von Peters bestätigen würde.

J. Zappert bemerkt, daß er einen sicheren hereditär-luetischen Fall mit derartiger Lähmung und spinalen Veränderungen beschrieben habe.

K. Hochsinger erklärt die spinale Affektion in diesem Falle für ein zufälliges Zusammentreffen.

Diskussion zum Vortrage von F. Hamburger: Wie können wir das Selbststillen der Mütter fördern?

Th. Escherich bemerkt, daß es sich um eine sozial wichtige Frage handle, und daß zahlreiche diesbezüglich stattgefundene Diskussionen stets ergeben haben, daß das beste Mittel zur Eindämmung der großen Kindersterblichkeit, die in Österreich 24,6 % beträgt, das Selbststillen der Mütter darstellt. Die Zahl der stillenden Frauen ist in stetem Rückgange begriffen, unter denselben sind freilich viele aus anatomischen und physiologischen Gründen zum Stillen unfähig. Bisher beschäftigt sich nur der Verein „Säuglingsschutz“ mit der Förderung des Selbststillens der Mütter durch Belehrung und durch Unterstützung der stillenden Frauen. Vor allem wäre die Belehrung der Mütter durch Hebammen wichtig, zur Erreichung dieses Zieles wären aber der Unterricht der Hebammen und die für sie gültigen Instruktionen in dem Sinne zu verbessern, daß die Hebammen in dem Selbststillen der Mütter die beste Ernährungsweise für Säuglinge erblicken und dieselbe auch den Müttern anraten. Empfehlenswert wäre die Prämiierung derjenigen Hebammen, welche die meisten stillenden Frauen unter ihrer Klientel haben, ferner die Verlängerung des Entbindungsgeldbezuges kassenangehöriger Frauen. Die pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin sollte sich an die Spitze dieser Bestrebungen stellen und zu diesem Zwecke schlägt Redner die Wahl eines sich eventuell durch Kooptierung von Fachmännern verstärkenden Komitees vor, welches sich mit der Ausarbeitung positiver und praktisch durchführbarer Vorschläge zur Förderung des Selbststillens der Frauen beschäftigen sollte.

In das Komitee zur Förderung des Selbststillens der Mütter wurden der

Vorstand der pädiatrischen Sektion, ferner Dr. Hamburger und Prim. Dr Richter gewählt.

Diskussion zum Vortrage von Székely: **Über die Begründung der neueren Modifikation meines Verfahrens zur Erzeugung von Säuglingsmilch.**

Sperk bemerkt, daß nach den Erfahrungen in der Schutzstelle die Székelysche Milch von ziemlich gleichmäßiger Beschaffenheit ist. Der Fettgehalt beträgt 3,1—3,3 %, der Bakteriengehalt 45,000—68,000 Keime in 1 cm³. Die Kinder nehmen die Milch gerne und nehmen an Gewicht zu.

Hock und Födisch berichten ebenfalls über gute Erfolge mit Ausnahme einiger Tage, wo die Milch von den Kindern nicht vertragen wurde; als Ursache davon wurden Unregelmäßigkeit in der Milchbereitung anläßlich der Vornahme von Adaptierungsarbeiten angegeben.

Székely weist darauf hin, daß die Salze und die anderen löslichen Bestandteile der Milch nach dem Ausfällen des Kaseins durch Kohlensäure in gleicher Menge und Beschaffenheit in der Molke zu finden sind wie früher in der Milch.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 18. Mai 1905.

Heller stellt einen 10jährigen Knaben vor, welchen er wegen **sensorischer Aphasie** erfolgreich behandelt hat. Die Affektion ist sehr selten und wird am häufigsten als idiotische Stummheit gedeutet. Die Ursache liegt in einem Hirnprozeß. Pat. litt in den ersten Lebensjahren an Krämpfen, welche vielleicht als ein Symptom eines zu dieser Zeit vor sich gehenden Krankheitsprozesses im Hirn anzusehen sind; seither verstand der Knabe kein Wort und war auch nicht zum Sprechen zu bewegen, so daß man sich mit ihm nur durch die Zeichensprache verständigen konnte. Vortr. hat versucht, dem Pat. auf dem Umwege über das Schreiben das Sprechen beizubringen; der Knabe lernte daher zuerst schreiben, dann lesen, dann das Nachsprechen von Worten, schließlich konnte er auch spontan sprechen. Pat. war erfolglos mit Thyreoidin behandelt worden.

G. Nobl demonstriert einen 1½ jährigen Knaben mit **Urticaria xanthelasmoidea.** Der ganze Körper ist mit hirsekorngroßen und größeren, in Gruppen oder einzelstehenden Knötchen und Plaques von gelber bis brauner Farbe bedeckt, welche im 4. Lebensmonate aufgetreten sind und keine Beschwerden verursachen. Sie trotzen jeder Therapie, sind aber seit dem 1. Lebensjahr stationär geblieben. Die anatomische Grundlage des Leidens besteht in Einlagerung von Mastzellen und Pigment in die Haut mit Rarefizierung des Kutisgewebes, dabei fehlt jedes Zeichen von Entzündung. Die Hautaffektion bleibt viele Jahre bestehen, um schließlich zu verschwinden.

L. Goldreich zeigt aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitute ein 15 monatliches Mädchen mit **angeborener Pulmonalstenose und Septumdefekt.** Schon in den ersten Lebenswochen wurde das Kind bei lebhaften Bewegungen zyanotisch, zeigte Zuckungen in der Muskulatur des Gesichtes und der oberen Extremitäten. Der Spitzenstoß ist im 5. Interkostalraum außerhalb der Mammillarlinie, die Herzdämpfung beginnt oberhalb der dritten Rippe und reicht nach rechts bis zur Mitte des Sternums. Über allen Ostien sind systolische Geräusche hörbar, am lautesten im zweiten Interkostalraum, der zweite Pulmonalton ist kaum hörbar. Das Geräusch wird in die Karotiden fortgeleitet.

K. Hochsinger bemerkt, daß die Abschwächung des zweiten Pulmonaltones für die Diagnose der Pulmonalstenose sehr wichtig ist, jedoch nur im Kindesalter, da es beim Erwachsenen infolge Herzhypertrophie, welche zu abnormer Füllung der Pulmonalis führt, von einer Verstärkung ersetzt werden kann.

L. Lindner demonstriert ein Kind mit schwerer **spinaler Kinderlähmung.** Die unteren Extremitäten sind total gelähmt, die Hüftgelenke kontrakturiert, woraus eine hochgradige Lendenlordose resultiert. Das Kind bewegt sich auf allen vier Extremitäten, wobei es mit den Händen die gelähmten Füße vorsetzt.

Fr. Spieler stellt aus dem Karolinen-Kinderspitale einen Knaben mit **Spina bifida occulta** vor. Über der Kreuzbeinmitte sitzt eine kompressible, weiche, nußgroße Vorwölbung, deren Inhalt sich in den in seiner ganzen Länge gespaltenen Kreuzbeinkanal verdrängen läßt. Die einzige Folge der Mißbildung sind isolierte Blasen-Mastdarmbeschwerden, indem Pat. bei Tag nur schwer Urin entleeren kann, wobei jedoch Harnträufeln besteht und zeitweise Kot unwillkürlich abgeht. Bei Nacht besteht Enuresis. Sonst finden sich keine Störungen. Es dürften die dritten und vierten Sakralwurzeln durch die Spina bifida geschädigt sein.

H. Schlesinger bemerkt, daß eine Sensibilitätsstörung der Schleimhaut der Harnröhre bestehen dürfte. Er hat einen Fall gesehen, bei welchem der Kranke das Abfließen des Urins erst dann merkte, wenn derselbe die Glans benetzte; der Kranke konnte dann durch Kontraktion des Sphinkter int. den Harnabfluß verhindern. Bei demselben waren das Perineum und die Innenseite der Oberschenkel thermoanästhetisch, wie dies bei Erkrankungen des Conus terminalis vorkommt.

Fr. Spieler erwidert, daß Pat. bei Tage den Urin spontan entleert, daneben hat er ein leichtes Harnträufeln, welches er spürt, aber nicht verhindern kann; es dürfte eine Schwäche des Blasenverschlusses vorliegen. Sensibilitätsstörungen sind nicht nachweisbar.

K. Zuppinger demonstriert aus dem Rudolfspitale ein Kind mit **Herpes iris et circinnatus.** Es erkrankte vor 6 Tagen mit Kopfschmerz und Übelkeit, dann entstanden kleine, mit klarem Inhalt gefüllte Bläschen am ganzen Körper, um welche im Kreise neue Bläschen aufschossen, während die zentralen Partien abheilten. Ein Anhaltspunkt für eine Intoxikation, welche in vielen Fällen die Ursache des Leidens darstellt, ist nicht vorhanden.

N. Swoboda zeigt ein Kind mit **Urticaria xanthelasmoidea**, welches denselben Anblick wie der von G. Nobl vorgestellte Pat. bietet, nur ist die Pigmentierung dunkler. Die Affektion ist seit dem dritten Lebensmonat stationär. Im Anfange war Juckgefühl vorhanden. jetzt zeigt sich eine Reizbarkeit der Haut nur dadurch, daß die Umgebung der Effloreszenzen durch Reiben der Haut ödematös wird.

Weiter demonstriert N. Swoboda zwei Kinder mit **halbseitiger Lähmung auf luetischer Basis.** Das älteste Kind bekam die Lähmung nach der Impfung, welche von den Eltern als die Ursache des Leidens beschuldigt wurde. Eine Aufklärung über das Leiden wurde erst dadurch gegeben, als das zweite Kind plötzlich eine ebensolche Lähmung zeigte, als deren Ursache Syphilis des Vaters angenommen wird.

H. Jehle stellt ein Mädchen mit **Bakteriurie** vor. Der Harn ist trüb und übelriechend, ohne Albumen, seine Reaktion schwach sauer. Im Sediment fanden sich gramnegative Stäbchen, dieselben wurden auch im Stuhl nachgewiesen. Subjektive Beschwerden bestehen nicht, Urotropinbehandlung war bisher erfolglos.

Th. Escherich bemerkt, daß das eigentümliche Bakterium in seinem Wachstum an dasjenige der großen sporentragenden Bakterien, in den biologischen Verhältnissen an das Verhalten der Koligruppe erinnert. $^{9}/_{10}$ aller Bakteriurien kommen bei Mädchen vor; die Bakterien wandern in den meisten Fällen bei denselben durch die kurze Urethra ein, es ist aber auch das Durchwandern durch die intakte Darmwand in die Blase möglich.

Th. Escherich demonstriert ein Kind mit **Vaccine generalisata.** Das Kind litt an chronischem Ekzem des Gesichtes, auf welches es beim Spielen mit einem geimpften Kinde den Impfstoff übertrug. Das Gesicht und die Extremitäten sind hochgradig geschwollen und mit Impfpusteln, Exkoriationen und Geschwüren bedeckt.

G. Riether hat einen Fall von Vakzineübertragung durch das Badewasser gesehen.

E. Friedjung erinnert an einen Fall, bei welchem es infolge der Impfung zur Erblindung durch Übertragung des Impfstoffes auf die Augen kam. Der Impfarzt soll nie vergessen, die Angehörigen des Impflings auf die Gefahren der Übertragung des Impfstoffes auf andere aufmerksam zu machen.

N. Swoboda bemerkt, daß nach Vakzineübertragung auf ekzematöse Stellen keine Narben zurückbleiben; wo dicht hinter der geimpften Haut Knorpel liegen, wie an den Augenlidern und Ohren, kommt es leicht zur Gangrän. Man muß deshalb besonders diese Teile vor der Vakzineübertragung bewahren.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 20. Juni 1905.

E. Friedjung demonstriert ein 6monatliches Kind, welches nach dem Abstillen einen Darmkatarrh bekam. Es wurde daher 14 Tage nach dem Absetzen der Versuch gemacht, das Stillen fortzusetzen. Die Milchsekretion begann binnen 3 Tagen, und nach 14 Tagen war die Milch in hinreichender Quantität vorhanden. Der Fall zeigt, daß man sich durch einen Mißerfolg bei den ersten Versuchen nicht von der Fortsetzung des Stillens abschrecken lassen soll.

Norb. Swoboda zeigt ein 3jähriges rachitisches, hochgradig abgemagertes Kind, welches nach Masern heftigen Husten und plötzlich am ganzen Körper Emphysem bekam. Der gewöhnliche Weg ist dabei der, daß Lungenbläschen in-

folge des Exspirationsdruckes beim Husten platzen, das Emphysem sich interlobulär bis zum Lungenhilus und von da bis zum Jugulum verbreitet. Vielleicht liegt in dem vorgestellten Falle Lungentuberkulose vor.

E. Friedjung hat das Auftreten von Hautemphysem nach Operationen wegen Pleuraempyems beobachtet; das Emphysem verbreitete sich von der Operationswunde aus über den ganzen Körper und in einigen Tagen verschwand dasselbe.

W. Knöpfelmacher bemerkt, daß nach Operationen wegen Pleuraempyems nicht gar selten ein subperikardiales und subpleurales Empyem auftritt, welches sich manchmal über den ganzen Körper verbreitet.

N. Swoboda erinnert daran, daß in seltenen Fällen vor der Tracheotomie sich ein Emphysem entwickelt, bevor noch die Trachea eröffnet ist.

N. Swoboda demonstriert ein tetaniekrankes Kind, welches an **nächtlichem Kopfschütteln** leidet. Es bekam im Anschlusse an Darmkatarrh Konvulsionen; seither führt es beim Einschlafen durch ungefähr eine Stunde mit dem Kopfe im Takte bis 90 mal in der Minute nach links und rechts pendelnde Bewegungen aus, wobei es mit einer Hand den Kopf hält oder dieselbe vor sich hinstreckt und mit ihr die Pendelbewegungen mitmacht. Das Leiden geht nicht vom Ohr aus. Richtiger wäre für dasselbe die Bezeichnung Jactatio nocturna.

J. Zappert hat den in der Diskussion zu seinem Vortrage über Kopfwackeln von Dr. Steiner erwähnten Fall gesehen; in demselben traten die Pendelbewegungen nicht nur in der Nacht, sondern auch beim Tage auf. Der Beginn dürfte gewöhnlich mit einem bewußten Akt angefangen und später automatisch fortgesetzt werden.

J. Zappert führt ein 3 jähriges Mädchen mit einem **taumelnden Gang** vor, welcher dem eines Betrunkenen ähnlich ist und seit einem Jahre in gleichem Maße vorhanden ist. Weiter zeigt das Kind erhöhte Reflexe, ausgesprochenes Rombergsches Phänomen und geringe Ataxie der oberen Extremitäten, aber keinen Nystagmus. Der Fall gehört in die Gruppe der hereditären Ataxien, zu welchen auch die Friedreichsche Krankheit und die zerebellare Ataxie gehören. Die hierhergehörigen Fälle lassen sich nicht alle in Gruppen einteilen, da sie oft voneinander abweichende Bilder bieten, sie haben aber das gemeinsame Moment der endogenen (hereditären oder familiären) Entstehung.

K. Leiner demonstriert mikroskopische Präparate von **Schaudinnschen Spirochäten**, welche aus dem Pemphigusinhalt eines hereditär-syphilitischen Kindes stammen. Dieselben waren nicht in frischen Blasen, sondern nur in solchen mit eingedicktem Inhalt durch kurze Zeit nachweisbar.

Th. Escherich stellt ein Kind mit einem **durch Atrophie des Oberkiefers vorgetäuschten Exophthalmus** vor. Es finden sich: hoher Gaumen, vorstehende Zähne, Abflachung des Gesichtes, bedingt durch geringe Entwicklung der Highmorshöhlen, ferner eine stark vorspringende Nase.

Weiter demonstriert Escherich das anatomische Präparat eines großen **Adenosarkoms der Niere**, welches von einem 11 monatlichen Knaben stammt, der im 7. Monate eine apfelgroße Geschwulst im Abdomen und Verstopfung bekam. Der Tumor wuchs rasch und füllte bald die linke Bauchhälfte aus. Er war prall gespannt, fluktuierend, glatt, die Probepunktion ergab in demselben eine viskose Flüssigkeit. Bei der Obduktion fand sich ein erweichtes Adenosarkom, welches in das Mesenterium eingewachsen war und von der Niere ausging.

H. Lehndorff bemerkt, daß A. Fränkel bei einem 5 Monate alten Kinde einen kindskopfgroßen Tumor durch Laparotomie entfernte.

Lehndorff und Knöpfelmacher: **Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter.**

Das Fettgewebe des Erwachsenen ist weich, gelb, und läßt auf der Schnittfläche Fetttropfen zurück, das der Neugeborenen ist weiß und läßt keine Fetttropfen zurück. Das Fett selbst ist beim Erwachsenen bei Zimmertemperatur flüssig, gelb, das des Neugeborenen weiß und fest, es schmilzt erst bei 40°. Die Konsistenzunterschiede sind in der chemischen Zusammensetzung begründet, indem die Säuren im Fette des Neugebornen zu 67% aus der flüssigen Ölsäure, zu 33% aus festen Säuren (Palmitin- und Stearinsäure) bestehen, während sich im Fette des Erwachsenen 90% Ölsäure finden. Nach den Untersuchungen von Knöpfelmacher nimmt der Ölsäuregehalt des Fettes von der Geburt an zu und erreicht im zweiten Jahre den des Erwachsenen; bei abgemagerten Kindern ist der Öl-

säuregehalt vermehrt. In einer neuen Untersuchungsreihe haben die Vortr. eine Erklärung für die voneinander abweichenden Resultate anderer Autoren über das Verhalten des Fettes im Säuglingsalter zu finden gesucht und kamen dabei zu folgenden Resultaten: Das Fett des Neugeborenen hat einen Ölsäuregehalt von 50 %, welcher allmählich bis zum zweiten Lebensjahre bis auf 72 % ansteigt und sich hierdurch dem Fette des Erwachsenen nähert, wobei auch der Schmelzpunkt von 40—45° auf einen geringen Wert absinkt. Das Fett von Brustkindern ist ölsäurereicher als dasjenige künstlich genährter, das rührt daher, daß das Fett der Frauenmilch mehr Ölsäure enthält als das der Kuhmilch; es zeigt sich also eine Abhängigkeit der Zusammensetzung des Fettes von der Nahrung. Bei Darmkatarrhen und überhaupt bei allen Krankheiten, welche mit einem Absinken des Körpergewichtes einhergehen, vermindert sich der Ölgehalt des Fettes. In geringer Menge finden sich im Fette auch freie Fettsäuren, es zeigt sich aber keine Abhängigkeit ihrer Menge von der Nahrung oder von dem Gesundheitszuständ.

W. Knöpfelmacher bemerkt, daß nach der Ansicht von Siegert die Zusammensetzung des Fettes bis zum 9. Lebensmonate des Kindes gleich bleibt; das ist daraus zu erklären, daß das Kind bis dahin ausschließlich mit Milch ernährt wird. Aus dem höheren Schmelzpunkte des Fettes des Säuglings ergibt sich auch, daß das Sklerem nur bei kleinen Kindern entstehen kann, indem nämlich die Temperatur so weit sinkt, daß das Fett gerinnt.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Bericht über die ersten 5 Sitzungen 1905.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Die am 10. Februar d. J. neugegründete Gesellschaft zählt nunmehr 22 Mitglieder. Sie wurde eröffnet am 17. März in der I. Sitzung durch eine Ansprache von Herrn Geheimrat Prof. v. Ranke. An diese schloß sich ein Vortrag von Dr. M. Hutzler über „Eine Studienreise“ an, der in lebendiger Weise persönliche Erfahrungen an den der Säuglingsfürsorge gewidmeten Anstalten zu Dresden, Breslau, Berlin wiedergab. — Des weiteren wird ein Antrag Dr. Oppenheimer angenommen, gegenüber dem ablehnenden Bescheid der Kgl. Polizeidirektion auf eine das Ziehkinderwesen betreffende Eingabe Material zu neuen Vorstellungen zu sammeln.

In der II. Sitzung am 14. April brachte nach geschehener Mitgliederwahl Herr Dr. Hecker statistisch-kritische Erhebungen zu dem Thema **„Alkohol und Schulkind“**. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Doernberger, Trumpp, Seitz, Hecker. Nach der Tagesordnung sprach Dr. Trumpp mit Demonstrationen von Apparaten über „Inhalationstherapie“. Herr Dr. Hutzler machte kurze Mitteilung über die 3 damals in München vorgefallenen Erkrankungen an Schierlingsvergiftung.

Die III. Sitzung am 12. Mai wurde eingeleitet durch einen Vortrag von Herrn Dr. Trumpp: **„Über akute infektiöse Exantheme“**. Der Vortr. erläuterte die Symptomatologie, Differentialdiagnose, sowie strittige Punkte in der Auffassung von Scharlach, Masern, Rubeolen, Erythema multiforme, Dukes' fourth disease u. a. In der Diskussion bringt Rommel einen Fall von Doppelexanthem, sowie morbillöse Exantheme bei Säuglingen zur Kenntnis. Weiter beteiligen sich Wohlmuth und v. Ranke. Letztere sieht die „Vierte Krankheit“ als nicht sichergestellt an; die Ansteckungsmöglichkeit ist bei Scharlach nach seiner Erfahrung länger, bis doppelt so lange dauernd, als angegeben wird.

Zum Schlusse der Sitzung ersucht Herr Dr. Doernberger die Mitglieder der Gesellschaft unter Vorlage der Drucksachen um Unterstützung bei den Erhebungen der Schulkommission des ärztlichen Vereins über Verteilung von Schularbeit und Erholung bei den Mittelschulen.

IV. Sitzung am 14. Juni 1905. Dr. Oppenheimer: **„Die Säuglingsfürsorge in Paris und München“**. Die Diskussion gestaltet sich sehr lebhaft. Das Wichtigste sei hier entnommen: Meier steht der Zentralisation der Vereine zur Säug-

lingsfürsorge und der Leitungen sehr skeptisch gegenüber, vor allem auf Grund eigener bisheriger Erfahrungen. Wichtiger ist der Zusammenschluß der Kinderärzte in einer Richtung und Erziehung der gesamten Ärzteschaft. Die teilweise Abgabe künstlicher Nahrung bringt der Propaganda für's Stillen naturgemäß Gefahr. Neben der Konsultation ist Nachschau in der Wohnung dringend wünschenswert. Die Erfolge in Frankreich gründen sich auf eine jahrhundertelange Erziehung. Reinach warnt vor Vermengung von Vereinen, die im besonderen der Säuglingsfürsorge dienen, mit andersgerichteten. Entgegen den Gedanken von Oppenheimer hält er es für richtig, daß die Gesellschaft für Kinderheilkunde Beschlüsse faßt, die der bestehenden Kommission (außerhalb der Gesellschaft) vorzulegen seien. (Zustimmung.) Wittmann betont die Notwendigkeit von Prämien an die Hebammen entgegen den Soxhletapparatprämien. Diese letzteren, die ein hiesiges Geschäft pro Apparat mit 4 Mk. an die Hebammen zahlt, rät Rommel zu übertrumpfen. Er weist außerdem auf ausländische Beispiele für das Herabdrücken der Mortalität durch Hebung des Stillens hin; in München liege die Schwierigkeit in der Schwerfälligkeit der Organisation. Man solle die Geistlichkeit, die die Frage bereits mit Verständnis angreife, zur Mithilfe gewinnen. Adam befürwortet den Gedanken, Müttern für teilweises Stillen in den Milchküchen die Milch umsonst zu geben. Nach Oppenheimer stoßen die Prämien an Hebammen für stillende Klientinnen auf große Schwierigkeiten der Kontrolle. Er redet noch einmal der Errichtung privater Konsultationen für gesunde Säuglinge das Wort. Bei der Beratung hierüber wünscht Rommel dringend den Ausgang von der Gesellschaft für Kinderheilkunde. Von den Behörden ist nach jüngsten Erfahrungen nicht viel Entgegenkommen zu erwarten. Er klagt die Verfehlungen der praktischen Ärzte betreffs Stillpropaganda und Säuglingsernährung an. Verschiedene betonen die Wichtigkeit, daß die „Konsultation“, das Stillen betreffend, möglichst früh einsetze, wodurch Hebamme, Gebärklinik bezw. Frauenarzt wieder in den Vordergrund der Mitarbeiterschaft treten. Die Beratung der Hauptfrage wird schließlich vertagt.

Nach der Tagesordnung zeigt Reinach Röntgenaufnahmen eines Falles von Barlow'scher Krankheit mit typischen Symptomen. Der Fall selbst wurde der Gesellschaft an anderem Orte vorgeführt. Diskussion: v. Ranke, Adam.

V. Sitzung am 7. Juli 1905. Herr Prof. Seitz teilt einen Fall mit, in welchem das klinische Bild nur einige Anhaltspunkte für Blutarmut, die Sektion keine Aufklärung, als die offene Frage: Phosphorintoxikation oder kryptogenetische Sepsis? gab. Oppenheimer und Rommel haben verwandte Fälle beobachtet.

Alsdann hält Dr. Adam einen Vortrag, in welchem er die Bedeutung der „tâches cérebrales“ Trousseaus für die Frühdiagnose der **Meningitis basilaris tuberculosa** behandelt. Sie treten in jedem Falle sehr frühzeitig, oft im Prodromalstadium, sicher beim Auftreten des ersten Erbrechens, in Erscheinung, mit einer Intensität und langen Dauer, wie bei keiner anderen Krankheit; ein Hauptwert liegt darin, daß die Prüfung leicht und sicher auszuführen ist.

v. Ranke teilt anschließend kurz die Erfahrungen im Kinderspital über die **epidemische Zerebrospinalmeningitis** seit 25. Dezember 1904 mit. 8 Fälle im Alter zwischen 2 Monaten und 8 Jahren, wovon 6 gestorben. Ein ersichtlicher Erfolg der Lumbalpunktion trat nicht ein; stets fanden sich Meningokokken, immer „Kernig“.

An beide ebengenannte Mitteilungen knüpfte sich eine sehr rege Diskussion über Einzelheiten der Symptomatologie der beiden Meningitisformen.

v. Ranke teilt ferner einen soeben beobachteten Fall von Barlowscher Krankheit mit, einen Grenzfall, bei welchem nach irrtümlicher Unterbrechung der erfolgreichen Rohmilchbehandlung schwere Hämaturie auftrat. Seitz und Lichtenstein berichten von dem Erfolge der „Barlowdiät“ bei einfachen Hämaturien; Rommel spricht von mangelnder Bestätigung durch die Obduktion in einigen scheinbaren Barlowfällen, die sich als Sepsis erwiesen.

Zum Schlusse der Sitzung stand der Entwurf einer an die zuständige Stelle zu richtenden Eingabe, betreffs Unterweisung der Hebammen in Säuglingspflege, zur Besprechung. Aus formellen Gründen wurde diese Beratung einer außerordentlichen Sitzung vorbehalten.



IV. Neue Bücher.

Gastou. **Hygiène et pathologie cutanées du premier age.** Paris, Doin.

Die vorliegende Monographie ist nur ein Abdruck aus dem Werk von Rothschild: Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier age, die in kurzer übersichtlicher Form die wichtigsten Hautkrankheiten des Kindesalters und ihre Behandlung bringt. Die Darstellnng ist durch zahlreiche, teilweise sehr gute Abbildungen unterstützt. Schreiber (Göttingen).

Rothschild. **Traité d'hygiène et de pathologie et de nourrisson et des enfants du premier age.** Tome Troisième. Paris, Doin.

Von dem bereits früher besprochenen Werk liegt der dritte Band vor. Derselbe bringt die Erkrankungen der Verdauungsorgane, des Blutes und die blutbildenden Organe, Skrofulose, malignen Tumoren und die Orthopädie. Auch dieser Schlußband zeichnet sich durch seine klare und leichtverständliche Darstellungsweise aus. Das Wichtigste ist jedenfalls gebracht worden, wenn auch die Kapitel im einzelnen, wie das bei der Zusammenarbeit von mehreren Autoren häufig der Fall ist, nicht alle gleichwertig sind. Dieser Band enthält wiederum zum Teil sehr gute Abbildungen. Das Werk bildet jedenfalls, auch trotz der einzelnen früher schon erwähnten Mängel, ein ausgezeichnetes Nachschlagebuch über die Erkrankungen des Säuglings- und ersten Kindesalters.

Schreiber (Göttingen).

Rothschild. **Dyspepsies et infections gastro-intestinales des nourissons.** Paris, Doin. 1904.

Die Monographie bringt eine ausführliche und gediegene Darstellung der Dyspepsie und der verschiedenen Formen der Gastroenteritis des Säuglingsalters. Ihr Inhalt findet sich in etwas gekürzter Form in den von R. herausgegebenen „Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier age" wieder. Schreiber (Göttingen).

H. Finkelstein. **Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.** 1. Hälfte. Verlag von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin. Preis: Mk. 10.

Gestützt auf sehr reiche Erfahrungen — F. war viele Jahre hindurch Assistent bei Heubner und leitet jetzt das Berliner Kinderasyl mit seinem kolossalen Material — hat es F. unternommen, den Verhältnissen des ersten Lebensabschnittes eine eigene Darstellung zu widmen, die hauptsächlich für den praktischen Arzt bestimmt ist. Daß die Ernährungsfrage in einem solchen Buche einen breiten Raum einnimmt, versteht sich von selbst. Die Darstellung dieses Gebietes ist eine ungemein klare und präzise, die betreffenden Kapitel stellen einen vorzüglichen Leitfaden für den Praktiker dar. Aber auch bei den anderen Kapiteln tritt die darstellerische Gewandtheit des Autors stets hervor, wie auch jede Zeile Zeugnis davon ablegt, daß der Verf. aus dem Born reicher Erfahrung schöpft und das Gebiet durchaus beherrscht. Wir werden auf das Werk noch zurückkommen, wenn die 2. Hälfte erscheinen wird, was sehr bald geschehen soll. Aber schon jetzt können wir sagen, daß F.s „Säuglingskrankheiten" bald zu denjenigen Büchern gehören wird, deren Besitz für den praktischen Arzt gewissermaßen als selbstverständlich gilt. Grätzer.

C. H. Stratz (den Haag). **Der Körper des Kindes.** Mit 187 Textabbildungen und 2 Tafeln. 2. Aufl. Ferd. Enke, Stuttgart. 1904.

Wohl bietet uns Gerhardts großes Handbuch manches über das normale Kind, seine Anatomie und Physiologie; wohl hat uns Preyer über sein Seelenleben Aufschlüsse gegeben und in ethnographisch-anthropologischer Hinsicht haben Ranke, Ploss, Bartels u. a. wertvolles Material zusammengetragen. Aber eine monographische Darstellung des Kindes in allen seinen Entwicklungsphasen, in physischer und kunstästhetischer Hinsicht, fehlte bisher noch. Erst St., dem bekannten Gynäkologen und dem ausgezeichneten Schilderer der Frauenschönheit, war es vorbehalten, in objektiver wissenschaftlicher Form diese Lücke auszufüllen. Der Kinderarzt, der Anatom, der Künstler — alle werden ihm gleich dankbar dafür sein müssen. Nachdem der Verf. die embryonale Entwicklung verfolgt hat, gibt er uns ein Bild des Neugeborenen, um uns dann das Wachstum und die Proportionen, nicht minder aber auch die Wandlungen der

äußeren Körperformen bis zum Abschlusse des Kindesalters, in das Einzelne gehend, vorzuführen. St. teilt die Entwicklungsphasen in 5 Perioden und zwar:

1. Das Säuglingsalter und die erste Fülle (1.—4. Jahr).
2. Die erste Streckung (5.—7. Jahr).
3. Die zweite Fülle (8.—10. Jahr).
4. Die zweite Streckung (11.—15. Jahr).
5. Die Reife.

Hieran schließt er noch, auf Grund seiner eigenen vieljährigen Beobachtungen, die er auf Reisen sammeln konnte, die Kinder des weißen, gelben und schwarzen Rassenkreises. Wer die Werke des Verf.s kennt, dem braucht man nicht erst zu sagen, daß er es, wie selten einer, versteht, Wissenschaftlichkeit und künsterisches Verständnis mit anschaulicher Darstellung und blühendem Stil zu verbinden. Die ungemein reiche bildnerische Ausstattung des vornehmen Werkes ist, wie alles, was aus dem Enkeschen Verlage hervorgeht, gediegen und von erlesenem Geschmack. L. F.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Der **Verein zur Errichtung eines Säuglingskrankenhauses** hat im Hause Invalidenstraße 147 eine Säuglingsklinik eröffnet. Es sollen besonders Säuglinge Aufnahme finden, für deren Erhaltung Frauenmilch unbedingt nötig ist, soweit es der augenblicklich noch beschränkte Platz gestattet, und zwar Säuglinge völlig unbemittelter Eltern unentgeltlich.

— In den **Kinder-Volksheilstätten des Roten Kreuzes** in Schönholz und Sadowa, die sich fast ausschließlich aus den Kindern der Berliner Gemeindeschulen rekrutieren, soll nach dem Muster der Charlottenburger Waldschule Unterricht erteilt werden. Da dem Verein die dazu nötigen Mittel nicht zur Verfügung stehen, hat der Magistrat, vorbehaltlich der Zustimmung der Stadtverordnetenversammlung, beschlossen, sie zu bewilligen. — Wenn schon dem Berliner Magistrat in der Regel die Initiative auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens mangelt, so ist es doch dankbar zu begrüßen, daß er sich wenigstens von anderen Städten willig ins Schlepptau nehmen läßt.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Krakau. Vor einigen Tagen wurde in Krakau eine neue humanitär-ärztliche Institution eröffnet, die nach dem Muster der französischen „Gouttes de lait" gebildet ist. Es wird nämlich der ärmeren Bevölkerung für niedrigen Preis pasteurisierte Säuglingsmilch bester Qualität geliefert, die für jedes Kind einzeln nach der Vorschrift des Arztes speziell hergestellt wird. Die Milch wird in kleinen Fläschchen pasteurisiert, die den einzelnen Trinkportionen des Säuglings entsprechen. Alle Mütter, die diese Mustermilch beziehen, sind verpflichtet, einmal wöchentlich mit dem Kinde zur Wage und ärztlichen Kontrolle zu erscheinen; nach dem Ergebnisse dieser Kontrolle richtet sich die weitere Vorbereitung der Milch, die also ganz dem Alter des Kindes und seinen individuellen Bedürfnissen angemessen ist. Die Anstalt steht unter der ärztlichen Leitung des Dr. Th. v. Zelenski, Kinderarzt in Krakau.

VI. Personalien.

Ernannt: Unser geschätzter Mitarbeiter Hofarzt **Dr. Ziegler** in Potsdam zum Geheimen Sanitäts-Rat. — **Dr. W. J. Butler** in Chicago zum außerordentlichen Professor der Kinderheilkunde.

Habilitiert: **Dr. D. Crisafi** in Florenz als Privatdozent für Kinderheilkunde.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

SCHWECHTEN, Dr. E., Kinderkrankheiten. Ein kurzes Lehrbuch. 8°. [270 S.] 1894. geb. M. 5.—.

Deutsche medizin. Wochenschrift: „Schwechten erreicht die Absicht, in komprimierter Form die Kinderheilkunde darzustellen, durch Verwendung eines sehr knappen Stiles bei übersichtlicher Gruppierung und gleichmäßiger Verarbeitung des Stoffes; das Buch bietet historisch, klinisch und was dem Praktiker wichtig ist, auch therapeutisch Genaueres als andere."

Ärztl. Vereinsblatt: Es wird daher das gut ausgestattete Buch dem Studierenden zum Lernen, dem praktischen Arzt zur Orientierung über den jetzigen Stand der Lehre gewiß willkommen sein.

NAFTALAN.
НАФТАЛАНЪ.

Ein schnell u. sicherwirkendes, vollkommen unschädl., ohne Anwendung von Säuren und freien Alkalien und ohne Zusatz von tierischen und pflanzl. Fetten hergestelltes, gänzlich neutrales, fast geruchloses, reizl., ärztl. vielfach erprobtes und warm empfohl. Heilmittel in Salbenform von starrer Konsistenz u. hoh. Schmelzpunkt.

Naftalan wirkt in hervorrag. Weise schmerzstillend, entzündungswidrig, reduzierend, ableitend, heilend, Vernarbung befördernd, antisept. desodorisierend u. antiparasitär.

Naftalan wurde mit bestem Erfolge angewendet bei: Verbrennungen, bei entzündeten Wunden und Geschwüren, Entzündungen aller Art, Schmerzen rheumatischen und gichtischen Charakters, Quetschungen, Verrenkungen, Verstauchungen, Hautkrankheiten, Wundsein bei Säuglingen, Kinderekzemen, bei Gesichtserysipel u. parasitären Krankheiten.

Naftalan ist in zahlreichen Universitätskliniken und Krankenhäusern der ganzen zivilisierten Welt in ständigem Gebrauch.

Naftalan-Gesellschaft, Geran-Tiflis.

Für die Herren Ärzte auf Wunsch Proben und Literatur kostenlos durch unsere einzige Verkaufsstelle:

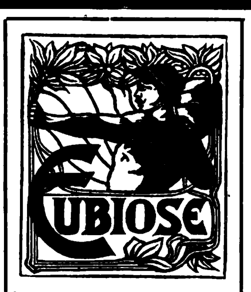
Generaldepot für Naftalan, Dresden-N., Antonstraße 37.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

HEUBNER, Prof. Dr. O., Lehrbuch der Kinderheilkunde. Band I. gr. 8°. [VIII, 716 Seiten, mit 47 Abbildungen im Text und auf einer Tafel.] 1903. (Der Schlußband erscheint Ende 1905.)

M. 17.—, geb. M. 19.50.

Deutsche medizinische Wochenschrift: Hier empfangen wir nicht ein Lehrbuch, welches alles, was über den Gegenstand geschrieben ist, planmäßig zusammenstellt — das könnte auch ein andrer tun; vielmehr ist es ein ganz persönliches Werk, in dem sich der Verfasser nach Temperament, Denkart und Interessen spiegelt.



Ankündigung nur in medizin. Zeitungen.

Proben den Herren Ärzten gratis.

„Eubiose"

kohlensaures Haemoglobin

ohne Glyzerin.

Höchste Konzentration (ca. 32% Eiweiss) **von grösstem Wohlgeschmack** und vollster Ausnutzung.

Originalflasche (ca. 250 gr) Mk. 2.25

Eubiose Gesellschaft

mit beschränkter Haftung.

HAMBURG.



Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

BRAUN, Dr. HEINRICH, Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung. Ein Hand- und Lehrbuch. [IX, 432 S. mit 127 Abbildungen.] 1905.

M. 10.—, geb. M. 11.—.

Die Lokalanästhesie (Empfindungslähmung) auf dem Gebiet der allgemeinen Chirurgie in größerer Ausdehnung anzuwenden, war bisher nur derjenige in der Lage, der die einschlägigen Arbeiten genau studiert und sich eine entsprechende Übung angeeignet hatte. Um nun jeden praktischen Arzt in die Lage zu versetzen, diese ungefährliche und für den Kranken angenehme, für den Arzt aber nicht ganz einfache Behandlungsweise auszuführen, hat der auf diesem Gebiete schon längst als Spezialist bekannte Dr. Braun sich zur Herausgabe eines Lehrbuches entschlossen, das dazu bestimmt scheint, bald zum Rüstzeuge nicht nur des Chirurgen, sondern auch jeden praktischen Arztes, auch auf dem Lande, zu werden.

Es werden in dem Buche nicht nur die wissenschaftlichen Grundlagen, sondern, was besonders wesentlich ist, die einzelnen Anwendungsarten an den verschiedenen Körperteilen erörtert und durch neue selbstgezeichnete Abbildungen veranschaulicht




Vial's tonischer Wein
erhältlich in allen Apotheken.
aus
Fleischsaft,
König's Chinarinde,
Kalk-Lactophosphat,
aussergewöhnlich appetitanregend
Bestes
Kräftigungs- u. Stärkungsmittel
L. & H. Vial & Uhlmann · Frankfurt a/M.


Dr. Chr. Brunnengräbers
Malz-Extrakt
in Crystallform
Professor E. Stadelmann schreibt:
„Ein Esslöffel voll besitzt den Wert eines Eies“
Anwendung bei Unterernährung,
Anämie, Rachitis, Ikterus. Ersatz für Fette.
Niederlagen in sämtlichen Apotheken . . .
Proben und Literatur gratis und franko von
Dr. Chr. Brunnengräber, Rostock i. M.
Dr. Chr. Brunnengräbers
MALZEXTRACT
in Crystallform
Waarenzeichen
eingetragen
Chemische Fabrik

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. Oktober 1905. No. 10.

I. Referate.

Else von der Leyen, Über die Schleimzone des menschlichen Magen- und Darmepithels vor und nach der Geburt. (Aus dem pathol. Institut zu Berlin.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 1.) Auf Grund von 6 Fällen und den verschiedensten Färbungen auf Schleim wird der Nachweis erbracht, daß „der obere Teil des Magenepithels vom Fötus von 27 cm ab bis zu dem vom einjährigen Kinde von einer kontinuierlichen Schleimzone gebildet wird". Die Breite der Schleimzone ist individuell verschieden, jedenfalls aber schon beim Fötus deutlich vorhanden. Verf. kommt zum entgegengesetzten Resultat von Diste, auf dessen Untersuchungen Behring seine Theorie von der Entstehung der Tuberkulose aufgebaut hat.

Bennecke (Marburg).

R. Freund, Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Elektrizität auf die sekretorische Tätigkeit des Magens. (Aus der exp.-biologischen Abt. d. Königl. pathol. Institutes d. Universität Berlin.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 2.) Die Versuche wurden an 3 Hunden mit Pawlowschen kleinen Magen unter Ausschaltung aller denkbaren Versuchsfehler angestellt. Aus den Versuchen ergab sich „mit Sicherheit, daß elektrische Reizung des Magens keine spezielle Saftabscheidung auslöst, sondern lediglich zur Absonderung eines spärlichen, schleimigen, mehr oder weniger stark alkalisch reagierenden Sekretes führt." Die Tierversuche sind nicht ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen, stimmen aber mit den von verschiedenen Autoren an Menschen gemachten Erfahrungen überein.

Bennecke (Marburg).

R. Quest, Über extreme Körpergewichtsabnahmen bei Kindern der ersten zwei Lebensjahre. (Aus der Universitätsklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Januar 1905.) Q. faßt die Ergebnisse seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Extreme Körpergewichtsabnahmen bei Kindern der ersten zwei Lebensjahre kommen am häufigsten bei chronischen Ernährungsstörungen und bei Tuberkulose vor.
2. Die äußerste Abnahme, welche mit der Erhaltung des Lebens noch vereinbar ist, beträgt 34 % des Körpergewichts.
3. Die Heilung solcher Fälle kann zumeist nur durch Anlegen an die Brust noch erreicht werden, jedenfalls ist dieser Weg sicherer, als jede künstliche Ernährung.

Grätzer.

A. Hecht (Beuthen O.-Schl.), Zur Pathologie und Therapie der Pädatrophie. (Therap. Monatshefte. 1904. No. 12.) Pädatrophie beruht oft auf einer angeborenen Sekretionsschwäche seitens der Verdauungsorgane. Das Kind verträgt keine Milch, auch Ammenmilch nicht; trotz Wechsels der Amme will es nicht gedeihen, die dyspeptischen Diarrhöen weichen nicht. Ein Wandel tritt erst ein, wenn man der Milch Pankreatin, Pepsin oder Pegnin zusetzt.

Diese Fermenttherapie hat H. in einer großen Anzahl von Fällen mit bestem Erfolge angewandt. Die verschiedenen Fermente ließen einen Unterschied in der Wirkung nicht erkennen. Zuweilen kam es vor, daß der Geschmack des Pankreatin nicht zusagte; es wurde dasselbe dann durch Pepsin oder Pegnin ersetzt. Grätzer.

G. Tugendreich, Der gegenwärtige Stand der Frage nach dem Wesen der Säuglingsatrophie. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 34.) T. zeigt, wie die Ansichten über diesen Gegenstand differieren und Klarheit noch keineswegs geschaffen ist. „Sollen wir die Sachlage kurz kennzeichnen, so müssen wir sagen: Wir wissen jetzt vielfach, was die Atrophie nicht ist, — was sie aber sei, falls sie überhaupt existiert, darüber schwebt nach wie vor geheimnisvolles Dunkel.“ Grätzer.

C. E. Bloch (Däne), Untersuchungen über die Kinderatrophie. (Hospitalstidende. No. 16 u. 17.) In drei vorher veröffentlichten Fällen von Atrophia infantilis fand der Verf. in den gleich nach dem Tode formolfixierten Unterleibsorganen außer leichter Entzündung der Schleimhäute des Magens und Blinddarms fast überall Mangel an den sekretgefüllten Panethschen Zellen. Die mikroskopische Untersuchung von drei neuen Fällen ergab das Resultat, daß diese pathologische Veränderung nicht konstant ist, in einem Fall war sie vorhanden, in den zwei anderen nicht, dagegen wurde in diesen kein Sekret in den Drüsenzellen des Pankreas gefunden. Der Verf. hatte auch in diesen Fällen klinisch Insuffizienz von Pankreas konstatiert (das Fett der Nahrung ging fast unverdaut durch den Verdauungskanal). Der Verf. glaubt aus seinen Untersuchungen schließen zu können, daß die Atrophie entweder durch eine Hypochylia intestinalis oder durch Hypochylia s. Achylia pancreatica verursacht wird. (Es scheint dem Ref. wahrscheinlicher, daß diese Veränderungen Folgezustände der Atrophie sein können.)

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Albarel, L'atrophie infantile au XVI[e] siècle. (Ann. de méd. et chir. infantiles. 1905. S. 1.) A. weist in seiner historischen Mitteilung darauf hin, daß bereits der aragonische Arzt Soriano (geb. 1577) die Atrophia infantilis klinisch genau gekannt hat und auch als solche bezeichnet habe. Schreiber (Göttingen).

Méry et **Guillemot,** Dyspepsie gastrique avec spasme du pylore chez les nourissons. (Revue pratique d'obst. et de paed. 1904. XVII. No. 185.) Die Verff. weisen auf eine Form von Dyspepsie bei Säuglingen hin, welche nach der Ansicht mancher Autoren den angeborenen Stenosen des Pylorus zugezählt werden müßte, die

aber nur auf einer spastischen Kontraktion des Pylorus beruht, ähnlich den auf Hyperazidität beruhenden Pylorusspasmen des Erwachsenen. Die Hauptsymptome der in Rede stehenden Erkrankung sind: Intoleranz des Magens für die Muttermilch oder sonstige Milch- oder flüssige Nahrung und hartnäckige Verstopfung. Die betreffenden Kinder kommen stark herab und es ist nicht wunderbar, daß man in manchen Fällen an angeborene Stenose des Pylorus gedacht und zur Operation gegriffen hat, die aber in den meisten Fällen unglücklich ausgefallen ist, da es sich meist um schwächliche, in ihrer Ernährung stark geschädigte Säuglinge handelt. In den drei von den Verff. beobachteten Fällen wurde die Heilung durch Wechsel in der Nahrung erzielt. In dem einen Fall vertrug das Kind nicht die Brust der eigenen Mutter, wurde aber gleich bei Ammenmilch gesund. In einem zweiten wurde die künstliche Ernährung nicht vertragen, hingegen aber sehr gut die Ammenbrust. In einem dritten Falle endlich machte die Milch der einen Amme unstillbares Erbrechen, während die einer anderen gut vertragen wurde. Es dürften in allen diesen Fällen qualitative Unterschiede der Milch im Spiele sein, die wir durch unsere heutigen chemischen Methoden nicht feststellen können. Der Ausgangspunkt der Erkrankung ist aber wahrscheinlich in anfänglicher allzu reichlicher Nahrungsaufnahme zu suchen, wodurch zuerst eine Übermüdung und dann eine vollständige Intoleranz des Magens hervorgerufen wird. E. Toff (Braila).

Ambrogio Mori (Florence), Les parésies primitives de l'intestin des nourrissons et les cérébropathies congénitales. (Archives de méd. des enf. 1905. No. 7.) Der Verf. gelangt auf Grund seiner und anderer Beobachtungen zu folgenden Schlüssen. Es gibt unter den infantilen Verstopfungen eine Form, welche darauf beruht, daß die Darmbewegungen in fötalem Zustande zurückbleiben. Die Erscheinungen dieser primitiven intestinalen Paresis sind beiläufig dieselben wie bei jeder anderen funktionellen Verstopfung des Kindesalters, doch findet man oft in Verbindung mit derselben Symptome von temporärem Meningismus. Bevor man die Diagnose auf nervöse angeborene Verstopfung stellt, müssen selbstverständlich alle gewöhnlichen und häufigen Ursachen der infantilen Darmträgheit ausgeschlossen werden, doch haben erstere als Hauptmerkmal den Umstand, daß nie Perioden von Verstopfung mit solchen von Diarrhöe abwechseln, wie solche durch Reizungen der Darmschleimhaut bedingt werden. Die Ursache dieser primitiven spastischen Parese des Verdauungsapparates liegt in einem angeborenen Hirndefekte, eine encephalische Hypoplasie, verbunden wahrscheinlich mit einer unvollständigen Entwicklung des Rückenmarkes. Meist findet man bei derartigen Kindern das Bestehen eines Mikrocephalus, als Sekundärerscheinung der angeborenen Mißbildung und gibt derselbe einen wichtigen Fingerzeig für die Diagnose.

Während fast alle funktionellen Konstipationen der Säuglinge und Kinder vorübergehend sind, ist es ganz anders mit den primitiven intestinalen Paresen und muß die Prognose in derartigen Fällen sehr vorsichtig gestellt werden. Die Behandlung ist sehr oft machtlos,

doch sollte man Hydrotherapie, Elektrizität und Massage versuchen, um einigermaßen die Asthenie der Darmmuskulatur zu beheben und den Allgemeinzustand dieser zerebropathischen Kinder zu verbessern.

E. Toff (Braila).

P. Mya, Darmdesinfektion und Desinficientia in der Therapie der kindlichen Magendarmerkrankungen. (Rivista di Clinica Pediatrica. IX. 1904.) Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen und Erwägungen zu einem ziemlich vernichtenden Ergebnis für die Anwendung von Darmdesinfizientien sowohl bei Anwendung auf oralem wie auf rektalem Wege. Bei Follikulargeschwüren des Dickdarms mit schleimig-eitriger Absonderung, bei langsam verlaufenden Enterocolitiden empfiehlt er Tannineingießungen, jedoch stets in einer Konzentration von unter 1 %. Den eigentlichen sogenannten Antisepticis zieht er die Anwendung von Argentumpräparaten vor; er beschränkt ihren Gebrauch auf entzündliche Prozesse im unteren Abschnitt des Dickdarms mit Tendenz zur Ulzeration. In den gleichen Fällen ist Wasserstoffsuperoxyd zu empfehlen. Bei all diesen Mitteln handelt es sich jedoch nicht um eine desinfizierende Wirkung, sondern um Einwirkung auf die Schleimhaut, um eine Anregung zur Heilung der an ihr vorhandenen Verletzungen. Auch bei Anwendung dieser Arzneimittel ist große Vorsicht geboten. F.

P. Lesage, Traitement diététique des gastroentéritis par l'emploi des féculents. (Thèse de Paris. Novembre 1904.) Da in der Behandlung der Kinderdiarrhöen die hydrische Diät nicht allzu lange fortgesetzt werden kann, ist es von Vorteil, nach derselben und bevor man zur gewöhnlichen Nahrung übergeht, Gemüsesuppen zu verabreichen, welche man durch vierstündiges Kochen von gewissen Mengen verschiedener Gemüse, wie Erdäpfel, Möhren, Erbsen und Fisolen herstellt. Man kann diese Suppe einfach oder unter Zusatz von Reismehl und nach entsprechendem Salzzusatze anwenden, und kann dieselbe durch längere Zeit (2—8 Tage) die Milchnahrung vollständig ersetzen, die Stühle werden normal und die Kinder nehmen an Gewicht zu.

Die mehlhaltigen Gemüse bilden einen guten Nährboden für die säurebildenden Mikroben und haben infolgedessen eine entwicklungshemmende Wirkung auf die proteolytischen, sie sind fäulniswidrig und begünstigen die Darmantisepsis. E. Toff (Braila).

Thomas, Réfléxions sur l'auto-intoxication digestive et son traitement. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Juillet, Août. 1905. p. 289.) Der Verf. gibt eine Übersicht der mit Bezug auf die Autointoxikation derzeit herrschenden Ansichten, welche hauptsächlich in Folgendem zusammenzufassen sind. Eine genaue Definition der für die Antointoxikation charakteristischen Symptome ist derzeit unmöglich, da verschiedene Organe und Apparate ganz oder teilweise hierbei im Spiele sein können. Die Autointoxikation entwickelt sich im Laufe von funktionellen oder organischen Erkrankungen des Verdauungsapparates, bei gewissen Krankheiten der allgemeinen Ernährung oder des Nervensystems. Die Ursachen sind verschieden, doch muß festgehalten werden, daß bei einer großen

Anzahl von Autointoxizierten Veränderungen in den Funktionen des Nervensystems eine hervorragende Rolle spielen. Die Veränderungen der Verdauungsfermente und ihre Folgen nehmen ebenfalls einen wichtigen Platz in der Genese dieser Symptome ein. Die chemischen Substanzen, Ptomaine u. a. sind uns noch sehr unvollkommen bekannt, doch ist der wichtigste Faktor ihrer Wirkung in dem Grade der stattgehabten Resorption und in der Größe derselben zn suchen, ein Umstand, welcher von Individuum zu Individuum außerordentlich wechselnd ist. Der Nachweis aromatischer Körper in größerer Menge im Harne ist also kein genügendes diagnostisches Zeichen, um eine Intoxikation behaupten zu können, und kann höchstens als ein Wahrscheinlichkeitsfaktor angesehen werden. Die intestinale Autointoxikation kann also als ein komplizierter Gesamtkomplex von Symptomen angesehen werden, welche auf verschiedenen Gebieten sich abspielen. Die Definition ist zwar anbestimmt, doch einer anderen, scheinbar positiven, welche aber die Frage nur einseitig behandelt, vorzuziehen. Man hat den Ursprung der in Rede stehenden Erkrankung nicht nur im Darme, sondern je nach der Individualität im Magen, der Leber oder dem Darme zu suchen.

Die Ernährung der betreffenden Pat. muß individualisierend sein; in manchen Fällen gibt die Milchdiät gute Resultate, in anderen wieder der Gebrauch von mehligen Nährmitteln, oder eine gemischte Milch-Mehlnahrung.

In therapeutischer Beziehung ist viel gesündigt worden, namentlich durch das Empfehlen zahlreicher, nicht genau erprobter Medikamente. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß das Kalomel in kleinen Dosen, leichte Abführmittel, vorsichtige Darmwaschungen und gewisse Tanninpräparate unsere besten therapeutischen Hilfsmittel darstellen. Auch die Salzsäure kann in gewissen Fällen gute Resultate geben. Bei schwächlichen Individuen wäre eine allgemein roborierende Behandlung durchzuführen, der Aufenthalt im Gebirge oder an der Meeresküste anzuraten. Weitere Details wären im Original nachzulesen, da dieselben den Umfang des Referates allzu sehr vergrößern würden. E. Toff (Braila).

W. Stöltzner, Die Therapie der Sommerdiarrhöen der Säuglinge. (Medizin. Klinik. 1905. No. 30.) In den leichtesten Formen, als „Dyspepsie“ bezeichnet (an Zahl etwas vermehrte, an Konsistenz verminderte, zerfahrene Ausleerungen, sehr oft grünlich verfärbt und in der Regel auch einige Schleimfäden enthaltend; öfteres Erbrechen, das aber auch fehlen kann), gelangt man fast immer schnell zum Ziel, wenn man einen Tag nur 3stündlich frisch abgekochtes Wasser ohne irgendwelche Zusätze reicht, in derselben Menge, in der das Kind in gesunden Tagen Nahrung aufzunehmen gewohnt war. Sodann einige Tage 3stündlich 5%ige Mehlabkochung unter Beigabe von 30 g Zucker auf 1 Liter. In der Regel ist dann in 3—4 Tagen die Erkrankung beseitigt, und man kann dann wieder anfangen, der Mehlabkochung Milch beizufügen. Steht Erbrechen im Vordergrund der Erscheinungen, so empfiehlt sich auch einmalige Magenauswaschung mit physiologischer Kochsalzlösung.

Wesentlich ernster ist der Enterokatarrh: sehr reichliche, wasserdünne Stuhlgänge, ohne Tenesmus entleert, mehr oder weniger heftiges Erbrechen. In leichteren Fällen genügt die obige Therapie. In schwereren ist der Kollaps mit zu bekämpfen, indem man den Flüssigkeitsverlust zu ersetzen sucht. Am rationellsten ist dies durch Hypodermoklyse zu erreichen; man läßt körperwarme 1 %ige Kochsalzlösung durch eine durch die Haut gestoßene, mit Schlauch und Trichter armierte Kanüle in das Unterhautbindegewebe einlaufen. Man kann so bis zu 300 ccm pro Tag einführen. Wenn irgend möglich, suche man aber daneben noch reichliche Mengen $^1/_2$ %ige Kochsalzlösung per os zu verabfolgen. Die Beeinflussung des Kollapses ist eine überaus prompte. Daneben gebe man alle paar Stunden ein ganz kurzes, aber sehr heißes (32° R.) Bad. In den allerschwersten Fällen mit hohen Temperaturen kommen kalte Einwicklungen, abwechselnd mit den genannten Bädern, in Betracht; aber die meisten Fälle enden doch letal. Nach überwundenem Kollaps gibt man zunächst stündlich einen Eßlöffel eiskalter, mit Zuckerwasser auf das 3 fache Volumen verdünnter Milch.

Bei der Enteritis follicularis (Entleerung kleiner Kleckschen eitrigen, auch blutigen Schleimes alle Augenblicke unter heftigem Tenesmus) halte man zunächst einen Tag auf Wasserdiät, dann einige Tage auf Mehldiät. Daneben 1—2 Tage lang Rizinusöl, alle 2 Stunden $^1/_2$ Teelöffel.

Grätzer.

B. Salge, Die akuten Darmerkrankungen des Säuglings. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 35.) Bei den alimentären Darmerkrankungen des Säuglings unterscheidet S. zwischen Dyspepsie und Enterokatarrh. Für die erstere Affektion genügt therapeutisch in den meisten Fällen eine Hungerkur von 24 Stunden. Man gibt dem Kinde nur schwarzen russischen Tee (hellgelb), alle 3 Stunden soviel als das Kind in gesunden Tagen erhalten hatte, und gesüßt mit Saccharin. Wem dies zur Entleerung des Magendarmkanals noch nicht genügt, der gebe noch Kalomel in Dosen von 2—5 cg 3mal hintereinander in 2stündigen Pausen. Ist so Magen- und Darminhalt entfernt, so empfiehlt es sich im allgemeinen, nicht gleich zur Milch zurückzukehren, sondern zur Mehlnahrung überzugehen. Abgesehen von den ersten 2—3 Wochen ist es durchaus möglich, einem Kinde dünne Mehlabkochungen zu geben; bis zur sechsten Woche kann man diese Mehlabkochungen 2—3 %ig, später 5 %ig geben. Für die allererste Lebenszeit kommt ja eigentlich überhaupt nur die Brust in Betracht. Wird es aber notwendig, einem jungen Säugling eine einseitige Kohlehydraternährung während einiger Tage zu geben, so ist dafür der Soxhletsche Nährzucker in 5 %iger Lösung zu empfehlen. Hat man nach einer Mehldiät von etwa 3 Tagen einen dickbreiigen Stuhl erzielt, so kann man vorsichtig wieder zur Milch zurückkehren. Oft besteht andauernde Brechneigung und Appetitlosigkeit. In solchen Fällen, in denen der Magen besonders heftig alteriert ist, empfiehlt es sich, seine motorische Funktion festzustellen. Man gibt dem Kinde eine Mahlzeit von einem dem Alter und Gewicht angepaßten Volumen und untersucht durch Ausheberung, ob

der Magen zu der Zeit, wo eine neue Mahlzeit gegeben werden soll, leer ist und freie Salzsäure enthält (Kongopapier). Ist dies nicht der Fall, so werden die Pausen vergrößert (bis zu 5 Stunden), was oft genügt, die Magenfunktion zu heben. Wenn nicht, so macht man eine Magenausspülung mit 1 $^0/_0$iger Lösung von Karlsbader Salz, die den Appetit oft überraschend hebt. Bei hartnäckiger Anorexie kann man auch von Pepsin und Salzsäure Gebrauch machen, oder von Bittermitteln, wie:

Rp. Tct. Strychni 1,0
Extr. Condurang. fluid. 2,0
Tct. rhei vin. 10,0
D. S. 3mal tägl. 5 Tropfen $^1/_4$ Stunde vor der Mahlzeit.

Namentlich bei älteren Säuglingen kann man auch einen kurzen Versuch (3 Tage lang) mit Orexin. tannic. 0,1 g 3mal tägl. $^1/_4$ Stunde vor der Mahlzeit machen.

Viel ernster ist der Enterokatarrh. Hier kommt es in erster Linie darauf an, den Kollaps zu bekämpfen. Das Kind bekommt Kampfer in 3stünd. großen Dosen subkutan; 0,1—0,2 im Beginn der Behandlung, 0,05—0,1 g 2stündlich wiederholt haben oft auf die Herztätigkeit glänzenden Erfolg. Die Nahrung wird sofort vollkommen ausgesetzt, zur Befriedigung des Durstes gibt man ganz kleine Mengen Tee. Dem drohenden Wasserverlust begegnet man durch subkutane Infusionen von 2mal täglich 125—150 ccm 0,9 $^0/_0$iger Kochsalzlösung, oder noch besser von einer Lösung 0,5 Kochsalz, 0,5 doppeltkohlensaures Natron auf 100 Wasser. Sehr sorgfältige Behandlung erfordert die Temperatur des Kindes. Bei hohen Temperaturen sind kalte Einwicklungen geboten, bei Kollapstemperatur Zuführung von Wärme; oft muß man zwischen beidem abwechseln. Ist es gelungen, den Kollaps zu bekämpfen, so tritt die schwierige Frage der Ernährung heran. Als Prinzip muß hier gelten, fettreiche Nahrung durchaus zu meiden. In Anstalten greift man am besten zu entfetteter Frauenmilch. Wo solche nicht zur Verfügung steht, wird man neben dem tagelang fortgegebenen Tee nur ganz kleine Mengen, teelöffelweise, abgezogener Frauenmilch geben, soll dabei aber am ersten Tage auch 50 ccm nicht überschreiten und von Tag zu Tag nur ganz langsam und vorsichtig steigen. Auch eine solche Kur läßt sich meist nur in der Klinik durchführen. Sonst muß man nach 2—3tägiger Fortführung der Teediät eben zu dünnen Mehlabkochungen übergehen. Bei mäßig schweren Fällen sah S. leidliche Erfolge von Molke, deren frische Herstellung ziemlich einfach ist. Ein Quantum sehr guter roher Milch wird auf 40° erwärmt und mit Pegnin, und zwar mit doppelt soviel als auf der Flasche angegeben, versetzt, durchgerührt, und bleibt in der Wärme stehen. Das Kasein gerinnt zu einer gallertigen Masse, die den größten Teil des Fettes mit einschließt und eine helle Flüssigkeit, die Molke, auspreßt. Von dieser Molke gibt man etwa vom 3.—4. Tage ab 20—50 ccm pro die und steigt allmählich. Auch hiermit ist es möglich, das Kind vor den Folgen des zu langen Hungerns zu bewahren, wenn auch die Resultate nicht so gut sind, als bei entfetteter Frauenmilch. Auf jeden Fall muß

der Übergang zur Milch äußerst vorsichtig geschehen und jede größere Zuführung von Fett vermieden werden. Es eignen sich also für die Rekonvaleszenz besonders Buttermilch und mit einem Malzpräparat (z. B. Soxhlets Nährzucker) zubereitete Milchverdünnungen.

Die Cholera infantum ist nur die schwerste, akuteste Form des Enterokatarrhs, und gilt das Gesagte auch für sie. Grätzer.

Schunda, Notiz über einen mit Suppe von Magenschleimhaut behandelten Fall von Hypopepsie. (Spitalul. 1905. No. 12. S. 334.) Die von Kalbsmagenschleimhaut hergestellte Suppe wurde der Milch zugesetzt, und waren die Erfolge sehr gute, da das stark herabgekommene Kind sich rasch erholte, Appetit bekam und an Gewicht zunahm, derart, daß nach $3^1/_2$ Monaten die Zunahme 855 g betrug, während in derselben Zeit ein gesunder Zwillingsbruder des 2jährigen Pat. nur um 190 g zugenommen hatte. E. Toff (Braila).

H. Schlesinger (Frankfurt a. M.), Die Magenverdauung der Kindernahrung „Odda". Ernährung kranker Kinder mit Odda. (Medizin. Klinik. 1905. No. 30.) S. hat betreffs der Kindernahrung Odda genaue Experimente angestellt; dieselben führten zu so günstigen Resultaten, daß S. diese Kindernahrung empfehlen zu können glaubt. Grätzer.

E. Uscinski, Der Wert des Sanatogen (Bauer) in der Kinderpraxis. (Medycyna. 1904. No. 15.) Das Mittel wurde bei Kindern im Alter von 2—17 Monaten entweder bei chronischen Ernährungsstörungen, wie Rachitis, Athrepsia, Inanitis oder auch bei Rekonvaleszenten nach akuten Krankheiten, wie Pneumonie, angewendet und kommt U. nach tabellarischer Zusammenstellung der Ergebnisse des Wägens und sonstiger Momente zu folgenden Schlüssen:

1. Sanatogen wurde selbst in größeren Quantitäten gerne genommen und gut vertragen; Verdauungsstörungen wurden nicht beobachtet, Momente von nicht zu unterschätzendem Vorteil bei der zur Erzielung einer Wirkung durch längere Zeit notwendigen Darreichung des Mittels.

2. Das Sanatogen wirkt hauptsächlich durch Anregung des Stoffwechsels, der Wert als Nährmittel ist bei der geringen Anzahl der im Vergleich zum Werte von den anderen Nährmitteln erzeugten Kalorien minimal.

3. Genaue Angaben über die Größe der Darreichungsgabe können auf Grund der Versuche nicht gemacht werden; das kann nur konstatiert werden, daß selbst größere Gaben (12,5 Sanatogen) bei sehr jungen Kindern (das jüngste war 2 Monate alt) keine Verdauungsstörungen zur Folge hatten. Es ist aber, wie Verf. betont, notwendig, die Größe der Darreichungsgabe zu bestimmen, nicht wegen etwaiger schädlicher Folgezustände bei zu großen Gaben, als wegen der bei dem hohen Preise des Mittels entstehenden Kosten.

4. Ein günstiger Einfluß auf die Ernährung geschwächter Kinder kann nicht geleugnet werden, man darf aber nicht spezifische Heilwirkung erwarten. Die vom Verf. erzielten Resultate muntern ihn zu weiteren Versuchen auf, zumal die Anregung des Stoffwechsels



als wichtiges Postulat in der Therapie der Kinderkrankheiten erscheint, und dieser Forderung durch ein absolut unschädliches Mittel Genüge geleistet werden kann.

Den einzigen Nachteil sieht Verf. in dem hohen Preise und der Geheimhaltung der Zusammensetzung des Mittels. Gabel (Lemberg).

Julian Marcuse, Die Verwendung des Hygiama als Diäteticum. (Zeitschrift für diätet. und physikal. Therapie. Bd. 9. Heft 5.) Nach den vom Verf. angestellten Untersuchungen wird Hygiama gern genommen und bewährt sich als ein gutes Diäteticum. In erster Reihe in Verbindung mit Milch und Kakao, weiterhin aber auch mit Eigelb, Hafermehl, sowie als Unterlage einer Reihe von Süß- und Mehlspeisen kann es bei geschickter Anordnung die breiteste Verwendung finden. In den Grenzen, die allen Nährpräparaten gezogen sind, und die darin gegeben sind, daß kein Nährmittel existiert, welches sämtliche zur Aufrechterhaltung unserer Funktionen notwendigen Nährstoffe in der für den Organismus notwendigen qualitativen Mischung enthält, wird das Hygiama vortreffliche Dienste leisten. Freyhan (Berlin).

Arthur Clopatt (Finnländer), Über Barlows Krankheit. (Finska Läkaresällskapets handlingar. 1904. No. 6.) Der Verf. beschreibt einen Fall bei einem einjährigen Mädchen; das Kind bekam die Muttermilch bis zum Alter von 2 Monaten, dann zugleich Milchgemisch bis zum Alter von 6 Monaten, ausschließlich Milchmischungen bis zum Alter von 10 Monaten, später unverdünnte Kuhmilch. Mellins food wurde zu der Milch zugesetzt, die im Soxhletschen Apparat in 45 Minuten sterilisiert wurde. Die Symptome dauerten seit dem Alter von 10 Monaten, und der Verf. wurde konsultiert, da das Kind 12 Monate war. Das Kind war blaßgelb, afebril, hatte die charakteristische Zahnfleischaffektion, Pseudoparalyse und starke Empfindlichkeit der Unterextremitäten. Rohe Milch, Apfelsinensaft und später Saft rohen Fleisches wurde ordiniert und das Mädchen erholte sich im Verlaufe von 3 Wochen. Später trat eine Colicystitis auf. Der Verf. gibt eine Darstellung der Krankheit und der jetzigen Kenntnis derselben. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Comby (Paris), Sieben Fälle von infantilem Skorbut. (Archives de méd. des enf. 1904. No. 10.) C. hat im Laufe von 7 Jahren sieben Fälle von Kinderskorbut beobachtet und gibt die Krankengeschichten derselben. Die betreffenden Pat. waren im Alter von $7^1/_2$, 9, $9^1/_2$, 10, 11, 13 und 19 Monaten, dieselben waren insgesamt künstlich ernährt worden und zwar mit Milchkonserven: fünf hatten Gärtnersche Milch und zwei sterilisierte Milch bekommen. Bei allen hatte es längere Zeit, 5—8 Monate, gedauert, bis die Krankheit zum Ausbruche gekommen war. Alle Kinder hatten Zähne und alle hatten Fungositäten des Zahnfleisches oder einfache Ekchymosen mit Stomatorrhagie. Bei allen waren die skorbutischen Erscheinungen nach dem Erscheinen der ersten Zähne aufgetreten. Einige Erscheinungen von Rachitismus wurden in mehreren Fällen festgestellt. Unter den Symptomen muß in erster Reihe die schmerzhafte

Pseudoparaplegie genannt werden, welche namentlich in Verbindung mit den subperiostalen Hämatomen oft einen akuten Gelenkrheumatismus, eine Fraktur, Osteitis, Myelitis, Koxalgie, Polyneuritis usw. vortäuschen kann. Das subperiostale Hämatom, welches mitunter enorme Größe erreichte, sitzt meist an den Schenkeln und befällt den einen oder anderen Femur, in seltenen Fällen beide zu gleicher Zeit. In zwei Fällen konnte C. eine auffallende Kachexie beobachten: tiefe Anämie, große Schwäche, Ödeme und Purpuraeruption. Ein mäßiges Fieber wurde nur in einem Falle notiert (38;5°). In anderen Fällen ist der Allgemeinzustand wenig beeinflußt und die Kranken können ein relativ sehr gutes Aussehen darbieten. Die Prognose des infantilen Skorbutes, oder der Barlowschen Krankheit ist im allgemeinen eine gute zu nennen, falls der Zustand rechtzeitig erkannt wird. Der Tod wurde nur in komplizierten, oder bis an das Ende verkannten Fällen beobachtet. Die Behandlung ist eine sehr einfache: man ersetze die Ernährung mit Konserven durch solche mit roher oder einfach gekochter Milch, und gebe außerdem etwas Erdäpfelpurée, Orangen- oder Traubensaft. E. Toff (Braila).

H. Neumann, Der Säuglingsskorbut in Berlin. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 1.) Aus den bemerkenswerten Äußerungen N.s heben wir folgende hervor:

Trotzdem man die Milch viel kürzere Zeit als früher zu kochen pflegt, ist die Barlowsche Krankheit in Berlin doch häufiger geworden. Man kann jetzt folgenden allgemeinen Satz aufstellen: Durch die längere Einwirkung eines niedrigen Hitzegrades oder die kürzere einer starken Erhitzung oder durch die aufeinanderfolgende, wenn auch weniger intensive Einwirkung beider wird die Milch in einer solchen Weise verändert, daß ihre ausschließliche Darreichung während mindestens 5 Monaten zum Säuglingsskorbut führt.

Da sich unser Publikum allmählich wieder daran gewöhnt, die Milch kurze Zeit zu kochen, so könnte man hoffen, daß die Gefahr des Säuglingsskorbuts geringer wird. Es greift auf der anderen Seite der Gebrauch der Pasteurisation immer mehr um sich.

Eine pasteurisierte Milch, welche offen über die Straße verkauft wird, ist einer neuerlichen Verunreinigung stark ausgesetzt und muß für den Säugling wieder kräftig gekocht werden: wenn die Milch sehr energisch pasteurisiert war, so wird sie hierdurch zu stark denaturiert, um noch als zweckmäßige Säuglingsernährung gelten zu können. War die Milch nicht pasteurisiert, so wäre gegen ein kräftiges Kochen nichts einzuwenden. Andererseits erübrigt sich, wenn die Milch in Flaschen pasteurisiert ins Haus geliefert wird, bei sorgfältiger Behandlung der Milch ein nochmaliges Aufkochen; ob diese Milch für die Dauer zuträglich ist, hängt von dem Grade der Pasteurisation ab. Hieraus ergibt sich die Forderung, daß das Publikum in jedem Fall Kenntnis davon haben muß, ob die Milch, die zum Verkauf steht, schon vorher einer Erwärmung unterworfen wurde oder nicht; die Bedeutung der Milch als Nahrungsmittel wird hierdurch verändert und zwar je nach dem Grad der Pasteurisation in einem ganz bestimmten

Grade. Ohne diese Kenntnis muß das Publikum über die zweckmäßige Behandlung der Milch im Unklaren bleiben; es kann hierbei die Ernährung der Säuglinge unter Umständen Schaden nehmen. Es sollte daher ein gesetzlicher Zwang ausgeübt werden, daß peusteurisierte Milch als solche beim Verkauf gekennzeichnet wird. Grätzer.

G. C. Champion (Paris), Puériculture du premier âge et allaitement maternel. (Thèse de Paris. Novembre 1904.) Verf. ist ein eifriger Verfechter des Stillens durch die Mütter und infolgedessen gegen die als gouttes des lait bezeichneten Anstalten, da dieselben die künstliche Ernährung der Kinder popularisieren und derselben Vorschub leisten. Die Gründe, die mütterliche Ernährung durch die künstliche zu ersetzen, sind meist nicht stichhaltig und müssen als Ausnahmen betrachtet werden. Im allgemeinen handelt es sich weniger um die physiologische Unmöglichkeit zu stillen, als um verschiedene soziale Hindernisse, und gegen diese sollte in erster Reihe angekämpft werden. Die interessante, auf Grund der Ansichten von Pinard verfaßte Arbeit gibt auch eine ausführliche Beschreibung der infolge von künstlicher Ernährung auftretenden Erkrankungen, wie Magendarmerkrankungen, Dermatosen, Barlowsche Krankheit usw.

E. Toff (Braila).

Arth. Schlossmann, Säuglingsschutz und Säuglingssterblichkeit. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 23.) S. erhebt eine schwere Anklage gegen Staat und Kommunen, welche ruhig zusehen, wie die Säuglinge in Massen dahinsterben, — im Jahre 1903 starben 440529 Kinder im 1. Lebensjahre im Deutschen Reich, — und sich nicht aus ihrer Lethargie aufrütteln lassen, obwohl es ihre höchste Pflicht wäre, alles zu versuchen, um diesem Massensterben zu steuern. Und es könnte genug geschehen! So die Mutterschaftsversicherung, das Eintreten der Gesamtheit der Frauen für diejenigen, die gerade Mütter werden und Mütter sind. So der weitere Ausbau unserer Krankengesetze, welche bereits längere Zeit vor der Niederkunft und mindestens 8 Wochen nach derselben auskömmliche Unterstützung gewähren sollen. In allen Betrieben, in denen Frauen tätig sind, müßte es diesen ermöglicht werden, ihre Säuglinge während des Tages mitzubringen und in besonderen Krippenräumen unter Aufsicht unterzubringen, so daß sie ihnen von Zeit zu Zeit die Brust geben könnten. Rigorose Beaufsichtigung der in fremder Pflege untergebrachten Kinder durch eigens hierzu vorgebildete Ärzte, Besorgung einwandsfreier Milch in den Großstädten, Beratungsanstalten für Mütter, wo dieselben sich Rat in Ernährungsfragen und anderen Dingen holen könnten, und event. die richtige Nahrung für ihre Kinder erhielten, — das sind weitere Forderungen. Endlich müßten überall Krankenanstalten für kranke Säuglinge errichtet werden, wie das schon mehrfach geschehen ist. Das sind so einige Aufgaben des Säuglingsschutzes, welche zu erfüllen wären, wenn die Säuglingsmortalität herabgesetzt werden soll.

Grätzer.

C. S. Engel (Berlin), Die Gründe der hohen Säuglingssterblichkeit in den Städten. (Die Medizin. Woche. 1905. No. 13 u. 14). E. sieht als Gründe folgende Momente an:

1. Die Mütter werden viel zu wenig zum Selbststillen angehalten, die Vorteile desselben müßten ihnen von Ärzten, Hebammen, Vereinen und dergl. in jedem Geburtsfall klargemacht werden. Die große Mehrzahl der verheirateten Arbeiterinnen, die außerhalb ihres Hauses arbeiten, kann ohne Ersatz für verlorengehenden Verdienst ihre Kinder nicht mit der Brust nähren.

2. Während die Anforderungen, die an die teure Vorzugsmilch gestellt werden, vielfach zu hoch sind und die Milch unnötigerweise verteuern, wird von der gewöhnlichen Milch zu wenig verlangt. Auch werden die zum Teil sehr guten Vorschriften nicht streng genug zur Durchführung gebracht.

3. Der Brauch und die Möglichkeit, Magermilch der Vollmilch zur Erreichung des erlaubten Mindestfettgehalts zuzusetzen, verdirbt die Milch in hohem Maaße, da zur Gewinnung der Magermilch und guter Sahne Brütschranktemperatur am geeignetsten ist. Deshalb ist die Verwendung von gewöhnlicher Händlermilch zur Säuglingsernährung in den Städten sehr verhängnisvoll. In den Städten darf den Kindern nur frische Milch aus städtischen Kuhställen gegeben werden, die einer häufigen und sorgfältigen Kontrolle unterworfen sind. Das Beste ist, wenn die Kontrolle zu den Funktionen der städtischen Tierärzte gehört.

4. Die Mütter sind in der großen Mehrzahl unwissend, soweit es sich um die Pflege des Kindes handelt. Zur Beseitigung dieser Unwissenheit ist mündliche und schriftliche Belehrung dringend erforderlich. Hierfür wären Unterstützungen zur Beschaffung einwandsfreier Milch sehr geeignet, weil auf jede sich meldende Mutter belehrend eingewirkt werden kann.

Grätzer.

A. Speck, Kühlkisten zur Kühlung der Säuglingsmilch im Hause. (Aus dem Hygien. Inst. in Breslau.) Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 32.) Nach vielen Versuchen ist es S. gelungen, zweckmäßige Kisten fürs Haus zu konstruieren. Er empfiehlt folgendes Modell:

„Eine Kiste aus Tannenholz von etwa 44×44 cm Grundfläche und 32 cm Höhe wird 10 cm hoch mit Holzwolle gefüllt. Dann wird ein oben und unten offener Weißblechzylinder von 24 cm Durchmesser und 20 cm Höhe hineingesetzt und der Zwischenraum zwischen Kiste und Zylinder ebenfalls mit Holzwolle fest ausgestopft. Oben wird die Kiste mit einem Holzdeckel verschlossen, der ein der Weite des Zylinders entsprechendes Loch besitzt. In den Zylinder paßt genau ein Blechtopf mit gut schließendem Deckel von 6 l Inhalt, der an einem unter dem Boden durchlaufenden Riemen getragen werden kann.

Statt des Holzdeckels läßt sich der Abschluß nach oben auch folgendermaßen bewirken: aus einem Stück dicken, wolligen Stoffes (Fries oder dergl.) wird ein quadratisches Stück geschnitten, das nach allen Seiten um etwa 6 cm größer ist als der Boden der Kiste. Von der Mitte des Tuchstückes aus werden acht Einschnitte in radiärer Richtung gemacht, deren Länge dem Radius des angewendeten Blechzylinders entspricht. Dann wird der Blechzylinder herausgenommen,

das Tuchstück auf die Oberfläche der Holzwolle gelegt, so daß die sektorenförmigen Lappen in den Hohlraum hineinhängen und nun der Blechzylinder wieder hineingesetzt. Der an den Seiten überstehende Stoff wird zwischen Kistenrand und Holzwolle hineingestopft.

Bei dieser Art der Herstellung, die durchaus den im Haushalt gebräuchlichen „Kochkisten" nachgebildet ist, kann zur Not selbst der äußere Blechzylinder wegfallen. Die Holzwolle muß dann direkt um den Kochtopf festgestopft werden. Eine in dieser Weise hergestellte Kochkiste für einen Topf von 20 cm Durchmesser ist z. B. bei Herz & Ehrlich in Breslau für 2,85 Mark (ohne Topf) zu beziehen.

Die Form des zur Aufnahme der Milch bestimmten Gefäßes kann sich nach den lokalen Bedürfnissen richten. Es lassen sich Bunzlauer Kannen, Blechkannen, Literflaschen und auch Einsätze mit kleineren Flaschen, wie sie in den Soxhletapparaten gebräuchlich sind, anwenden. Das Blechgefäß kann gleichzeitig als Wasserbad zum Erhitzen und zum schnellen Abkühlen der Milch dienen, ebenso kann es mit Wasser gefüllt zum Transport der Milchflaschen von der Ausgabestelle in die Wohnung des Konsumenten benutzt werden.

Mit Hilfe der beschriebenen Vorrichtung, die auch entweder aus einer „Kochkiste" oder aus den Rohmaterialien leicht in jeder Familie selbst hergestellt werden kann, wird es sich ermöglichen lassen, in Städten mit Grundwasserversorgung (Flußwasserversorgungen sind wegen der im Sommer viel zu hohen Wassertemperatur ungeeignet!) die Säuglingsmilch im Hause vor schädlichen Temperatureinflüssen zu bewahren und dadurch die Säuglingsfürsorge in einem wesentlichen Punkte zu vervollkommnen.

Grätzer.

Schrakamp, Grundzüge einer Organisation des kommunalen Haltekinderwesens. (Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. 1904. Jahrgang XXIII. Heft 11 u. 12. S. 421 ff.) In einzelnen Städten hat man bereits mit der Organisation begonnen. Die Haupterfordernisse, um die Schäden des Haltekinderwesens abzustellen, sind folgende: Statt der Einzelvormundschaft ist eine Generalvormundschaft einzusetzen, die besser imstande sein wird, die Rechte von Mutter und Kind zu schützen. Zur fortwährenden Kontrolle der einzelnen Pflegestätten ist die Anstellung weiblichen Personals — möglichst besoldeten — nötig. Zur gesundheitlichen Beaufsichtigung der Kinder bedarf es der Mitwirkung sachverständiger Ärzte, die, wo es die Gesundheit der Kinder erfordert, auch ohne Rücksicht auf etwa entstehende Kosten, zu handeln berechtigt sein sollten. Einzelheiten siehe im Original.

H. Walbaum (Göttingen).

P. Selter u. S. Behr, Erster Jahresbericht des Versorgungshauses für Mütter und Säuglinge zu Solingen-Haan. (Ein Beitrag zur Anstaltspflege der Säuglinge.) (Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. 1904. Jahrgang XXIII. Heft 4 u. 5. S. 195 ff.) Es wird auf die Notwendigkeit der Anstaltspflege für uneheliche Säuglinge hingewiesen. Das Haaner Säuglingsheim nimmt die Mütter mit den Säuglingen auf für mehrere Monate. Obwohl das

Heim mit sehr geringen Geldmitteln arbeitet, sind die Erfolge doch groß und ermutigen zum Weiterarbeiten. Näheres siehe Original.

H. Walbaum (Göttingen).

v. Ohlen, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit durch öffentliche Organe und private Wohltätigkeit mittels Beschaffung einwandsfreier Kindermilch unter spezieller Berücksichtigung Hamburger Verhältnisse. (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 49. Heft 2. S. 199ff.) Die Arbeit bespricht zunächst eingehend die in Deutschland, Nordamerika, England, Frankreich und Skandinavien obigem Zwecke dienenden Einrichtungen, und im Anschluß darauf führt Verf. aus, welches Verfahren nach seiner Meinung am sichersten zum Ziele führen würde. Besondere Sorgfalt ist — nach dänischem Muster — auf die Milchgewinnung zu verwenden. Das Richtigste ist hier aseptische Konservierung, d. h. alle mit der Milch in Berührung kommenden Gefäße usw. müssen rein und sterilisiert sein. Die benutzten Gefäße müssen leicht zu säubern sein, wozu besondere Vorrichtungen angegeben werden. Nach der Gewinnung wird die Milch sterilisiert durch Kochen. Die Verkaufstellen haben aus drei voneinander getrennten Räumen zu bestehen: Dem Reinigungsraum, in dem die Säuberung usw. der Gefäße vorgenommen wird; dem Koch- und Sterilisationsraum, in dem Gefäße und Milch sterilisiert werden, und dem Ausgaberaum, wo der Verlauf stattfindet. — Bei allen Bestrebungen zur Erhaltung einwandsfreier Kindermilch bleibt natürlich erste Bedingung die Verwendung von nur tadelloser Milch gesunder Tiere.

H. Walbaum (Göttingen).

E. Baumann, Über die Konservierung der Milch durch Wasserstoffsuperoxyd. (Aus dem hygien. Institut der Universität Halle a. S.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 23.) Versuche zeigten, daß Wasserstoffsuperoxyd schon bei Zusatz von 0,35 Prom. zur Milch gegenüber denjenigen Krankheitserregern, die durch die Milch verbreitet werden können, wie Typhus, Cholera, Ruhr und Tuberkulose, stark bakterizide Eigenschaften besitzt. Vor allen zur Milchkonservierung benutzten chemischen Mitteln hat das Wasserstoffsuperoxyd den Vorzug, daß es in der Milch in die für den menschlichen Körper völlig indifferenten Stoffe Wasser und Sauerstoff gespalten wird. Wie auch die Versuche lehrten, ist eine Gesundheitsschädigung durch den Zusatz nicht zu befürchten. Auch Verdauungs- und Gerinnungsversuche sprechen nicht gegen den Zusatz; der Geschmack der Milch leidet ebenfalls nicht. Der Zusatz muß sofort nach dem Melken geschehen, ehe eine Vermehrung der Keime stattfinden kann. Um eine Verdünnung der Milch zu verhüten, kann man 30$^0/_0$ige Lösung verwenden. Freilich müssen alle hygienischen Vorsichtsmaßregeln beim Melken, Transportieren der Milch usw. streng befolgt werden. Die wenigen, trotzdem dann noch vorhandenen Krankheitserreger werden sicher durch den Wasserstoffsuperoxydzusatz vernichtet.

Grätzer.

Albrecht Speck, Die Beziehung der Säuglingsernährung zur Entstehung der Lungentuberkulose. (Zeitschrift f. Hygiene

und Infektionskrankheiten. Bd. 48. Heft 1. S. 27ff.) Bekanntlich hat v. Behring die Ansicht ausgesprochen, daß eine Infektion in frühester Kindheit die Disposition zur späteren Lungentuberkulose darstelle und daß diese zumeist zurückzuführen sei auf Ernährung mit schlechter Kuhmilch. Dieser Ansicht tritt Verf. entgegen auf Grund ausgedehnten, in öffentlichen und privaten Lungenheilstätten gesammelten Materials. Von den 8010 Phthisikern, bei denen die Ernährung in den drei ersten Lebensmonaten festgestellt werden konnte, waren sicher 5854, also 73%, mit Muttermilch ernährt und nur 27% mit Kuhmilch, Surrogaten usw. Dieses Ergebnis der Umfrage zeigt, daß die Kuhmilch gar nicht oder höchstens als eine äußerst geringfügige Quelle der Lungentuberkulose beim Menschen anzusehen ist; vielmehr wird in den meisten Fällen — sicher bei 73% — die Infektion auf andere Weise erfolgen. H. Walbaum (Göttingen).

Bruno Heymann, Statistische und ethnographische Beiträge zur Frage über die Beziehungen zwischen Säuglingsernährung und Lungenschwindsucht. (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 48. Heft 1. S. 45ff.) Es sind in der Arbeit Berichte aus den verschiedensten Ländern statistisch zusammengestellt (besonders ausführlich sind die japanischen). Aus ihnen läßt sich der Schluß ziehen, daß die Häufigkeit der Tuberkulose in solchen Ländern, wo die Säuglingsernährung mit Muttermilch das Gewöhnliche ist, keineswegs geringer ist, als in den Ländern, wo die Ernährung mit Kuhmilch usw. vorherrscht. Es besteht also wohl keine Beziehung zwischen den beiden Faktoren. H. Walbaum (Göttingen).

V. Tedeschi, Kritisch-experimentelle Studie zur Behringschen Lehre. (La Pediatria. November 1904.) In Form einer vorläufigen Mitteilung sind die Folgerungen wiedergegeben, zu denen Verf. und mehrere seiner Schüler in einer Reihe von Arbeiten gelangt sind:

1. Das Formol wirkt bereits in einer Lösung von 1:10000 hemmend auf das Wachstum der Saprophyten und vernichtet das Bact. coli nach einigen Stunden.
2. Formol und Glyzerin in bestimmtem Verhältnis konservieren die Aktivität einiger Milchfermente.
3. Weder die Seroreaktion noch Kulturverfahren liefern den Beweis für ein spezifisches antibakterielles Vermögen des Blutes gegenüber dem Bact. coli.
4. Formol, Glyzerin und Rinderserum verändern die Form des Kaseingerinnsels, das spontan oder künstlich aus der Milch gewonnen wird.
5. Formolisierte Milch in einem Verhältnis von 1:10000 kann ohne Schaden wochenlang auch den jüngsten dyspeptisch erkrankten Säuglingen gegeben werden.
6. Man kann fast konstant in diesen Fällen nach ihrem Gebrauch eine allgemeine Besserung, sowohl der speziellen Krankheitssymptome wie der auf den Bakteriengehalt des Intestinum bezüglichen Symptome konstatieren.

7. In Fällen spezieller Intoleranz gegen sterilisierte oder irgendwie gekochte Milch erweist es sich nützlich, 10 % Rinderserum — formolisiert oder nicht — hinzuzufügen oder rohe formolisierte Milch anzuwenden. F.

R. Jemma, Über Immunisation gegen Tuberkulose mittels Milch immunisierter Kühe. (La Pediatria. November 1904.) Auf Grund seiner an 20 Säuglingen angestellten Untersuchungen ist Verf. zu folgenden Resultaten gelangt:

Bei gesunden Säuglingen im Alter bis zu einem Jahr, die von gesunden Eltern kommen, ist das Agglutinationsvermögen des Serums für den Tuberkelbazillus negativ, auch bei dem Verhältnisse 1:1. Bei gesunden Säuglingen, die von tuberkulösen Eltern kommen, ist das Agglutinationsvermögen des Serums gleichfalls fast immer negativ; nur in sehr seltenen Ausnahmefällen ist es positiv, dann aber auch nur in kleinen Proportionen, höchstens von 1:3. Bei gesunden von gesunden Eltern stammenden Säuglingen, die einige Monate hindurch mit Milch immunisierter Kühe ernährt werden, ist das Agglutinationsvermögen des Serums für den Tuberkelbazillus in der Mehrzahl der Fälle positiv im Verhältnisse von 1:5, kann aber auch bis zu dem Verhältnisse von 1:10 steigen. Bei gesunden von tuberkulösen Eltern stammenden Säuglingen ist in der Mehrzahl der Fälle das Agglutinationsvermögen positiv im Verhältnisse von 1:10, kann aber bis zu 1:20 steigen. Bei allen Säuglingen, sowohl bei den von gesunden, wie bei den von tuberkulösen Eltern stammenden, tritt, wenn nach dem Gebrauch der immunisierten Milch das Agglutinationsvermögen ein Maximum erreicht hat, keine weitere Steigerung ein, auch wenn man den Gebrauch der Milch noch einige Monate lang fortsetzt. Bei Kindern, deren Serum vor dem Beginn des Gebrauchs immunisierter Milch kein Agglutinationsvermögen zeigte, behält das Serum, wenn man die Milch aussetzt, noch 15—20 Tage lang ein Agglutinationsvermögen, das aber schwächer ist, als während des Milchgebrauchs. F.

Paul Sommerfeld, Über Formalinmilch und das Verhalten von Formalin gegenüber einigen Bakterienarten. (Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 50. Heft 1. S. 153 ff.) Noch im Verhältnis 1:10000 vermag Formalin die Zahl der Milchbakterien auf ein Minimum herabzusetzen, wenn die Milch bei 10—15° C. aufbewahrt wird. Höhere Temperatur vermindert die Wirkung des Formalins, und bei etwa 37° scheint sie völlig aufzuhören. Die Formalinbehandlung der Milch empfiehlt sich deshalb sehr in den Fällen, wo zwecks wissenschaftlicher Untersuchung Milchproben längere Zeit aufbewahrt werden müssen; für die Konservierung zu Genußzwecken kommt sie natürlich ebensowenig in Betracht, wie irgend ein anderes chemisches Mittel. Aus den dann folgenden Untersuchungen über das Verhalten des Formalins zu einzelnen Bakterienarten sei hervorgehoben, daß Diphtherie- und Typhuserreger bei Brüttemperatur (37°) durch Formalinmilch nicht wesentlich in ihrem Wachstum beeinträchtigt wurden. (Nach den vorher erwähnten Resultaten war das eigentlich a priori zur erwarten. Ref.) R. Walbaum (Göttingen).

Ernst Löwenstein, Die Wirkung des Formalins auf die Milch und das Labferment. (Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 48. Heft 2. S. 239 ff.) Das von v. Behring für Milchkonservierung vorgeschlagene Formalin hebt die Labwirkung auf und zwar, je nach der Zeit der Einwirkung, mehr oder weniger vollkommen. Diese Wirkung tritt ein schon bei den zur Sterilisation nötigen Mengen Formalins. Sie beruht nicht auf einer Veränderung des Labfermentes, sondern vielmehr auf einer solchen der Milcheiweißkörper.

H. Walbaum (Göttingen).

E. Seligmann, Über den Einfluß einiger Aldehyde, besonders des Formalins, auf die Oxydationsfermente der Milch und des Gummi arabicums. Mit einem Anhang über die Haltbarkeit der Formalinmilch. (Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 50. Heft 1 S. 97 ff.) Formalinzusatz (1 : 5000 des käuflichen 40 % Formaldehyds) zur Milch steigert ihre fermentative Fähigkeit, hebt die Milchsäuregärung fast völlig auf und hält den Eintritt der Gerinnung bedeutend zurück. Andere Aldehyde wirken in demselben Sinne, aber erheblich schwächer als das Formalin. Auf Details der interessanten Untersuchungen über die chemische Einwirkung des Formalins auf die Oxydasen der Milch kann hier nicht eingegangen werden.

H. Walbaum (Göttingen).

Czaplewski, Über Versuche mit dem Loockschen Apparat zur Herstellung von Säuglingsmilch. (Centralblatt f. allgemeine Gesundheitspflege. 1904. Jahrgang XXIII. Heft 11 u. 12 S. 429 ff.) Gegenüber dem Soxhletschen Apparate, mit dem er im allgemeinen große Ähnlichkeit hat, zeichnet sich der Loocksche Apparat durch verschiedene Vorzüge aus: an Stelle des Gummiverschlusses der einzelnen Flaschen tritt hier die Verschließung durch kegelförmige Glashütchen, die sich dem Verf. bei darauf gerichteten Versuchen als durchaus zuverlässig erwiesen hat. Die Form der Flaschen ist bei dem Loockschen Apparate besser zum leichten Säubern eingerichtet. Vor allen Dingen hat der Loocksche Apparat zur Sterilisation nur $^1/_2$ Liter Wasser zu seiner Füllung nötig gegenüber den 4 Litern des Soxhlet-Apparates. Daraus ergibt sich, daß die Sterilisation mit dem neuen Apparate ganz bedeutend schneller vor sich geht (sie dauert ca. 14 Minuten bei ganz gefülltem Apparate), wodurch einerseits die Milch vor weitergehenden Veränderungen bewahrt bleibt, andererseits das Verfahren erheblich vereinfacht und verbilligt wird. — Die Sterilisation ist nach den Versuchen des Verf. eine ebenso vollkommene wie beim Soxhlet-Apparat.

H. Walbaum (Göttingen).

Arthur Schlossmann, Über Kindermilch. Referat, erstattet im Auftrage der Gesellschaft für Kinderheilkunde, auf deren 21. Jahresversammlung in Breslau. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 1—3.) Die hohe Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge ist in erster Linie bedingt durch die in den Großstädten erschwerte Möglichkeit, reine, gute und frische Milch für die Ernährung derselben zu erhalten. Milch, die als Kindermilch oder mit einem ähnlichen Namen bezeichnet wird, muß hygienisch einwandfrei sein, d. h. von

gesunden Kühen stammen, sauber gewonnen sein und in frischem Zustande in die Hände der Konsumenten gelangen.

Kindermilch braucht nicht Milch von trocken gefütterten Kühen zu sein. Ob sich Stallfütterung, Trockenfütterung oder Weidengang mehr empfiehlt, hängt von den lokalen Verhältnissen ab. Im allmeinen ist die Milch von trocken gefütterten Kühen für die Ernährung des Säuglings minderwertig gegenüber der von Kühen, die auf die Weide gehen.

Für die Ernährung der Kuh, die zur Kindermilchproduktion verwandt wird, gilt dasselbe Gesetz wie für die stillende Frau, was ihr bekommt, was sie verträgt, ist ihr erlaubt; verboten ist, was ihr Indigestionen bereitet.

Kindermilch ist ein Objekt, dessen Wert unter allen Umständen so hoch ist, dass der großen Menge des deutschen Volkes der Bezug derselben aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich gemacht ist ohne besondere diesbezügliche Maßnahmen.

Wenn Staat und Kommune ernsthaft gesonnen sind, der übergroßen Säuglingssterblichkeit Einhalt zu tun, so muß der Bezug für zur Ernährung der Säuglinge bestimmter Milch in geeigneter Weise organisiert werden.

Diese Organisation muß auf dem Prinzip der Gemeinnützigkeit, nicht auf dem der Wohltätigkeit, aufgebaut werden.

Die Ausgabe der Kindermilch hat durch besondere Anstalten zu erfolgen, für die folgende Grundgesetze gelten:

a) In gesonderten Sprechstunden ist durch geeignet vorgebildete Ärzte in öffentlichen Polikliniken und ähnlichen Anstalten in Säuglingsernährungsfragen unentgeltlich Rat zu erteilen und Menge und Mischung der Nahrung für jedes Kind individuell zu bestimmen.

b) Die Abgabe der Säuglingsnahrung erfolgt in trinkfertigen Einzelportionsflaschen.

c) Im allgemeinen ist die Nahrung ins Haus zu liefern.

d) Die Bereitung der Mischungen erfolgt im allgemeinen in einer Zentrale.

Die Kosten derartiger Kindermilchverteilungsanstalten werden getragen durch die Gesamtheit, indem der Bemittelte mehr, der Unbemittelte weniger und für den Armen die Kommune zahlt.

Abgesehen von der Ersparung an Menschenleben werden die Kosten reichlich aufgewogen durch das Heranziehen einer widerstandsfähigeren, der Gesamtheit weniger zur Last fallenden Generation.

Alle Dauerpräparate von Milch sind prinzipiell zu verwerfen. Die Kindermilch und die hieraus bereiteten Mischungen sollen spätestens 30 Stunden nach dem Melken verbraucht sein.

Als einzige Mittel der Milchkonservierung für die Dauer von 30 Stunden ist die Kälte und die Erwärmung — Kochen in Einzelportionsflaschen — (Soxhletisierung) zu betrachten. Je weniger Keime in die Milch hereinkommen, desto leichter ist die Konservierung für die genannte Dauer.

Asepsis ist besser als Antisepsis. Die Verabreichung von roher Milch ist unter Umständen bei der Kindermilchversorgung mit ins Auge zu fassen.



Chemische Konservierungsmittel, die zuverlässig und unschädlich sind, gibt es nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht. Der theoretisch ausgedachte Vorschlag Behrings, die Milch mit Formaldehyd zu versetzen, ist zu verwerfen und direkt schädlich.

Die Kindermilchfrage gehört in erster Linie in das Arbeitsgebiet des Pädiaters, da sie eine eminent praktische ist und praktische Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiete der Kinderheilkunde voraussetzt. Die Mitarbeit des Hygienikers ist erwünscht und dankenswert, wofern sie nicht dazu ausartet, sich über das gesicherte Gebiet der praktischen Erfahrung des Kinderarztes hinwegzusetzen. Hecker.

Alexander Hippius, Biologisches zur Milchpasteurisierung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 2.) Die Temperatur, welche einerseits genügt, um die Milch zu entkeimen, d. h. die nicht Sporen bildenden Saprophyten und event. pathogenen Keime zu vernichten, andererseits die Milch chemisch und biologisch nicht verändert, liegt bei einer Pasteurisationsdauer von $^1/_2$ bis 1 Stunde zwischen 60 und 65° C.

Verf. wendet sich gegen die Versuche Rullmanns, welcher Milch mit tuberkulösem Material infizierte, indem er zu 1 Teil tuberkulösen Sputums 3 Teile Milch hinzusetzte, durch Zerreiben im vorgewärmten Mörser gleichmäßig emulgierte und diese infizierte Milch Meerschweinchen nach einstündiger Erhitzung auf 65° C. intraperitonial injizierte, wobei er in 6 Versuchen dreimal eine tuberkulöse Erkrankung der Versuchstiere erzielte. Rullmann schließt daraus, daß für die zuverlässige Abtötung der Tuberkelbazillen in der Milch eine Erhitzung derselben auf 68° C. während einer Stunde notwendig sei. Verf. fand bei mikroskopischer Betrachtung derartig hergestellter Milchsputum-Mischungen, daß die Tuberkelbazillen stets in der Schleimmasse, nie aber in der Milch lagen.

Die Prüfung, ob die Fähigkeit der Milch, ein spezifisches Laktoserum zu bilden, den genannten Temperaturen standhält, ergab: vollwirksames Präzipitin entsteht bei der Immunisierung der Versuchstiere nicht nur mit roher oder pasteurisierter, sondern auch mit gekochter Milch, ja sogar mit Milch, welche eine Stunde lang bei 120° C. im Autoklaven sterilisiert wurde. Ebenso übt andererseits ein wirksames Laktoserum seine Wirkung auf die entsprechende Milch aus, gleichviel ob dieselbe roh, pasteurisiert, einfach gekocht oder bei genannten Bedingungen sterilisiert worden ist. Die Präzipitinbildung kennzeichnet eben nur die Arteigenheit des Milcheiweißes und hält daher allen Temperaturen stand.

Die Prüfung der bakteriziden Kraft der Kuhmilch ergibt: rohe Kuhmilch übt eine starke bakterizide Wirkung auf das B. coli und den B. prodigiosus aus. Diese Wirkung ist am intensivsten während der ersten 3—4 Stunden, nimmt dann allmählich ab und schwindet ganz nach 6—7 Stunden. Pasteurisiert man die Milch eine halbe Stunde bei 65° C., so wird ihre bakterizide Fähigkeit nicht aufgehoben, sondern nur abgeschwächt und dauert etwa 1—2 Stunden an; sie ist aber in dieser Zeit noch recht beträchtlich. Die zwei Minuten dauernde Erhitzung der Milch auf 85° C. raubt ihr gleichfalls noch nicht

ganz ihre bakterizide Fähigkeit; dieselbe ist jedoch schwach und von ganz kurzer Dauer. In der gekochten Milch ist keine Spur mehr von einer bakteriziden Wirkung vorhanden.

Bezüglich der Stoffwechselfermente zeigt sich, dass das oxydierende Ferment der Kuhmilch bei kurzdauernder Erhitzung der Milch auf 76° C. zerstört wird. Es erhält sich ungeschwächt bei der Pasteurisierung der Milch bei 60—65° C. und zeigt sogar eine besonders starke Farbenreaktion, wenn diese Pasteurisierung stundenlang fortgesetzt wird.

Das fettspaltende Ferment der Frauenmilch bleibt bei kurzdauernder Erwärmung der Milch bis auf 62° C. unverändert wirksam, bei 63° C. wird es abgeschwächt, bei 64° C. unwirksam. Es verträgt recht gut eine Pasteurisierung der Milch von einer Stunde bei 60° C.

Das Salol spaltende Ferment der Frauenmilch läßt schon bei kurzdauernder Erhitzung der Milch auf 55° C. eine leichte Abschwächung in der Wirksamkeit erkennen. Die Abschwächung ist deutlich ausgeprägt in der bis 60° C. erhitzten Milch; bei 65° C. sind nur noch Spuren der Wirksamkeit vorhanden, die bei noch stärkerer Erhitzung der Milch vollkommen verloren gehen.

Das proteolytische Ferment der Kuhmilch bewahrt seine digestive Wirksamkeit sowohl in leicht alkalischem als auch in schwach saurem Medium bei der Pasteurisierung der Fermentlösung von einer Stunde bei 60° C. und von einer halben Stunde bei 65° C., ebenso, allerdings etwas abgeschwächt, bei einer kurzdauernden Erhitzung bis nahe an 100° C., — verliert sie jedoch bei 100°.

Das amylolytische Ferment der rohen Frauenmilch verwandelt Stärke in Dextrin; es bewahrt seine volle Wirksamkeit nach Pasteurisierung der Milch während 1 Stunde bei 60° C., oder $^1/_2$ Stunde bei 65° C.; eine kurzdauernde Erhitzung der Milch auf 70° C. schwächt es so weit ab, daß es die Stärke nur bis zur Stufe des Erythrodextrin abbaut; durch Erhitzung der Milch auf 70° C. und darüber wird das Ferment zerstört.

Verf. schließt daraus, daß durch die Pasteurisierung alle in der Milch event. vorhandenen infektiösen Keime unschädlich gemacht werden, daß die Milch chemisch fast ganz unverändert bleibt und daß die wichtigsten biologischen Eigenschaften der Rohmilch in der regelrecht pasteurisierten Kindermilch mehr oder weniger ungeschwächt erhalten bleiben.

Hecker.

E. Kirkland Shelmerdine, Ein abgekürztes Verfahren zur Herstellung modifizierter Milchmischungen. (New-York Medical Journal et Philadelphia Medical Journal. 24. September 1904.) Verf. gibt eine Methode an, auf Grund einfacher Berechnungen jede gewünschte Milchmischung in bezug auf das Verhältnis der Fette, Eiweißstoffe und Kohlehydrate zueinander herzustellen. Nötig ist zunächst, den Fettgehalt der Sahne genau zu kennen. Der Prozentsatz der einzelnen Milchsorten an Fett variiert aber sehr. In der Praxis ist ein bestimmter gleichbleibender Fettgehalt der Sahne ohne weiteres, auch durch Zentrifugation, nicht zu erhalten.

Durch Untersuchen zahlreicher Milchproben konnten nun aber folgende Tatsachen festgestellt werden:

1. Hat die Milch eine gewisse Zeit gestanden und der größte Teil des Fettes sich oben gesammelt, so nimmt die Sahneschicht an Volumen ab, aber an Fettgehalt zu.

(Infolge ihrer Schwere sinken die durch die Fetttröpfchen emporgetragenen Milchkörperchen wieder nach unten.)

2. Der Prozentsatz an Fett der Sahneschicht einzelner Milchsorten ist, gleiches Alter und gleiche Temperatur vorausgesetzt, relativ derselbe. Mit anderen Worten: Je reicher die Milch, desto größer das Volumen der Sahneschicht, umgekehrt: je magerer die Milch, um so geringer die Sahneschicht.

3. Läßt man Milch, die abends in Flaschen gefüllt ist und am folgenden Morgen ausgetragen wird, 6—7 Stunden danach noch auf Eis stehen, so besitzt die Sahne einen durchschnittlichen Fettgehalt von 13,33 %. Der unter der Demarkationslinie zwischen Sahne und Magermilch befindliche Teil enthält weniger als 1 % und kann für praktische Zwecke in der Rechnung als fettfrei angesehen werden. In einfacher Weise wird nun der fettreiche und fettarme Teil der Milch durch Heber gewonnen. Selbstverständlich sind Gefäße und Apparate steril zu benutzen.

Durch entsprechende Mischung beider kann man jeden gewünschten Fettgehalt der Milch bekommen.

In ähnlicher Weise werden auch für Eiweißstoffe und Kohlehydrate Prozentwerte gegeben, die durch verhältnismäßig einfache Rechnung die verschiedensten Zusammensetzungen ermöglichen.

Dencker (Göttingen).

M. Spolverini, Rohe oder gekochte Milch? (Rivista di Clinica Pediatrica. Oktober 1904.) Überall da, wo es möglich ist, eine unter allen Kautelen der Sauberkeit gewonnene, gute, reine Milch, die in diesem Zustand auf Eis aufbewahrt wird, zu erhalten, ist eine solche der gekochten vorzuziehen; nur da, wo solche Garantien nicht vorhanden sind, soll man sich aus Notbehelf gekochter Milch bedienen.

F.

Emanuele Blandini, Untersuchungen über die Modifikationen in der Virulenz des B. coli in Beziehung zur Ernährung von roher und sterilisierter Kuhmilch und aseptisch aufgefangener roher und sterilisierter Ziegenmilch. (La Pediatria. Januar 1905.) Es wurde konstant beobachtet, daß bei Anwendung von roher Milch, ob man sie nun möglichst aseptisch zu gewinnen sucht oder sie so gebraucht, wie sie gewöhnlich in den Handel gelangt, die Virulenz des B. coli zunimmt, dagegen bei Ernährung mit sterilisierter Milch abnimmt. Neuere Arbeiten über Milchfermente haben in gewissem Maße die Überzeugung von der Notwendigkeit der Milchsterilisierung erschüttert und noch auf dem Internationalen medizinischen Kongreß in Madrid war die allgemeine Stimmung dagegen. Verf. erklärt sich dagegen für die Anwendung sterilisierter Milch; es sei praktisch sehr schwer, ja fast unmöglich, die Milch vollkommen aseptisch aufzufangen; gegen die Anwendung

der rohen Milch spricht auch die vom Verf. bei ihrem Gebrauch konstatierte gesteigerte Virulenz des Bact. coli. F.

O. Kern, Säuglingsernährung mit Fermentmilch (Biedert) und ihr Einfluß auf den Stuhlgang. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1905. No. 7.) K. zeigt an zwei Beispielen den Nutzen der Fermentmilchernährung und die Vorteile, welche diese Milch bietet. Die Menge Fett (2 %) ist klein genug, um eine Fettdiarrhöe zu verhüten und, wo eine solche vorhanden, sie sogar zum Verschwinden zu bringen, und doch groß genug, um bei der guten Ausnutzung, der sie im Organismus verfällt, als wichtiges wärme- und kraftbildendes Mittel in Betracht zu kommen. Ein zweiter Vorteil ist die feine Verteilung des Kaseins, wie sie insbesondere dadurch erreicht wird, daß das zuerst vielleicht auch grobflockiger geronnene Kasein durch das öftere Schütteln während der Gerinnung und durch das spätere Kochen mit Mehl äußerst fein verteilt wird. Endlich wäre der Gehalt an Milchsäure hervorzuheben, die abnorme Gärungen verhindert und das Eiweiß vor den alkalischen peptonisierenden Bakterien Flügges schützt, auch neben der Salzsäure peptisch wirkt.

Diese Einflüsse bewirkten beim ersten Kinde Unschädlichkeit größerer Nahrungsmengen und auffallend gute Verdauung, was sich auch beim zweiten, anfangs schwerkranken Kinde, wenn auch nicht in so hervorragender Weise, geltend machte. Grätzer.

O. Rommel, Künstliche Sauermilch als diätetische Therapie kranker Säuglinge. (Die Therapie der Gegenwart. Juni 1905.) Herstellungsweise der Sauermilch: 10—15 g Mondamin, 25 g Rohrzucker und 25 g Soxhlets Nährzucker werden mit einem kleinen Teil eines Liters möglichst frischer Zentrifugenmagermilch angerührt, hierauf die übrige Milch hinzugegossen und unter stetem Umrühren gründlich aufgekocht. Noch warm wird die Mischung in eine peinlichst gesäuberte Milchflasche umgefüllt. Nach völliger Abkühlung wird dann eine Säuerungstablette (Ludwigsapotheke München) zugesetzt und bei Zimmertemperatur (15—16°) die Flasche offen, oder besser mit einem leinenen Läppchen bedeckt, beiseite gestellt. Nach 24, längstens 36 Stunden, während welcher Zeit man öfters umschütteln muß, ist die Nahrung homogen dicklich und sauer, trinkfertig, wenn sie vor dem Trinken noch leicht angewärmt (nicht stark erhitzt!) wird.

Diese Milch wird gern genommen. Man beginne mit kleinen Mengen (100—250 g pro die) und steigere erst allmählich. Ab und zu sieht man ein Kind, das diese Milch nicht verträgt; im allgemeinen aber wird sie sehr gut vertragen und wirkt vortrefflich. R. hat 34 Säuglinge, die an chronischen Ernährungsstörungen oder akuten und subakuten Magendarmaffektionen litten, damit behandelt. $^1/_3$ dieser Kinder befand sich noch im ersten Lebensvierteljahr. Die Ernährungsperiode währte durchschnittlich 8—9 Wochen. Gewichtszunahmen recht befriedigend. Überfütterung wurde vermieden, nie mehr als 1 l pro die (in 4stündigen Pausen) gegeben. Wenn dies nicht ausreichte, wurde Zukost gegeben (Zwieback, Grießbrühe, Reis usw.). Bei akuten Darmstörungen muß vor der Kur 24—48stündige Karenzkost (Tee) gereicht und bei sehr empfindlichen Kindern mit Schleimabkochungen,

auch Molken, Kalbsbrühe āā Verdünnungen angefangen werden. Glänzende Erfolge erzielt man meist im Allaitement mixte mit Brust ($^1/_3 : ^2/_3$). Übergang zu anderer Kost bietet keine Gefahren. Gewöhnlich genügt Anwendung der Sauermilch durch einige Wochen, aber auch längere bringt keine Schädigung.

Bewährt hat sich diese Ernährung und indiziert erscheint sie bei den akuten, oft fieberhaften bakteriellen Magendarmkrankheiten mit Ausnahme der bei kohlehydratreicher Nahrung mit Gärungen und schleimigen Stühlen, noch mehr bei chronischen Ernährungsstörungen von der leichtesten schleichenden Dyspepsie bis zur schweren, oft irreparabel erscheinenden Atrophie, wo mit Sauermilch oft mehr erreicht wird, als bei jeder anderen Behandlung.

Grätzer.

W. Pipping (Finnländer), Über Buttermilch bei Verdauungsstörungen bei Säuglingen. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1905. Bd. 3. Heft 4.) Der Verf. schildert die Ergebnisse, die er mit Buttermilchbehandlung bei 19 Pat., deren Mehrzahl an chronischen Verdauungsstörungen litt, gehabt hat. Die Buttermilch hat sich sehr oft gut bewährt. In zwei Fällen entwickelten sich leichte Symptome von Barlowscher Krankheit (die Buttermilch war in diesen Fällen sehr lange gekocht gewesen). Er empfiehlt, die Versuche mit der Buttermilchbehandlung fortzusetzen. Eine befriedigende Erklärung ihrer Wirkung gibt seiner Meinung nach keine der landläufigen Hypothesen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Graanboom, Le babeurre condensé dans l'alimentation du nourrisson. (Revue d'hygiène et de méd. infant. Octobre 1904.) Der Verf. schlägt eine Methode vor, um Buttermilch in kondensierter und sterilisierter Form herzustellen, auch die Versäuerung wird künstlich gemacht, indem zu derselben Reinkulturen von Bacterium acidi lactici benützt werden. Die Präparierung ist in kurzem folgende. Die Milch wird mittels Zentrifuge entrahmt, dann pasteurisiert und der Wirkung des oben erwähnten Bakteriums so lange unterworfen, bis die Azidität 5% beträgt. Dieselbe wird dann auf kaltem Wege auf ein Drittel ihres Volumens kondensiert und zu derselben 60 g Rohrzucker und 6 g Fettsubstanz pro Liter hinzugefügt. Man füllt die dickliche, angenehm schmeckende Masse in Flaschen oder Dosen von 33 Zentiliter Kapazität und sterilisiert. Dann mischt man den Inhalt im Verhältnisse von 1:2 mit einer Weizenmehlabkochung (20 g für $^3/_4$ l Wasser). Man erhält auf diese Weise eine Suppe, die kühl aufbewahrt und jedesmal vor dem Gebrauche erwärmt wird. Das Präparat findet Verwendung bei schwächlichen Säuglingen, bei an chronischer Dyspepsie und Verstopfung Leidenden, bei akuter Gastroenteritis nach der Wasserdiät, endlich bei Anämie, Rachitis und Tuberkulose. G. hat 65 Kinder mit seinem Präparate genährt und bei 54 gute Resultate erzielt. Uns will es scheinen, als ob die ganze Präpararierung zu viel gekünstelt ist und es gegebenen Falles viel einfacher und vorteilhafter wäre, die Buttermilch frisch, entweder im Hause selbst, oder von einem verläßlichen Milchmeier bereiten zu lassen.

E. Toff (Braila).

G. Tada, Die Säuglingsnahrung „Buttermilch“, eine kohlehydratreiche Magermilch. (Aus der kgl. Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Monatsschrift für Kinderheilkunde. Juni 1905.) T. faßt die Ergebnisse seiner Versuche und Betrachtungen wie folgt zusammen:

1. Die zur Säuglingsernährung verwendete Buttermilch ist eine kohlehydratreiche Magermilch.
2. Neben der Fettarmut liegt der Hauptwert in dem Reichtum an Kohlehydraten.
3. Die Kohlehydrate allein, nicht die großen Eiweißmengen, bedingen die guten Gewichtszunahmen.
4. Der Kohlehydratreichtum kann für manche, namentlich junge Kinder, gefährlich werden.
5. Das Kasein der Buttermilch ist nicht leichter verdaulich.
6. Der Kalkstoffwechsel zeigt keine Abweichung von der Norm.
7. Die Ernährung mit Buttermilch führt nicht zu einer Säuerung des Organismus und einer erhöhten Ammoniakausscheidung im Urin.

Grätzer.

W. Kassel, Über Erfahrungen mit einer neuer Buttermilchkonserve. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 29.) Seit geraumer Zeit spielt die Buttermilch in dem genannten Krankenhause in der Therapie der Darmkrankheiten und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter eine große Rolle. Die Beschaffung einer einwandsfreien frischen Buttermilch stößt aber oft auf erhebliche Schwierigkeiten, und ebenso die sorgfältige Zubereitung im Haushalt. Es wurde daher gern zu einer von der Firma C. F. Böhringer & Söhne in Mannheim hergestellten Konserve gegriffen und mit derselben Versuche angestellt. Trinkfertige Nahrung wurde bereitet, indem zu 1 l kochenden Wassers 200 g der Konserve zugesetzt wurden. Als absolute Kontraindikation bei Buttermilch galt nur das Bestehen schwerer, ganz frischer Verdauungsstörungen, wo ein- bis mehrtägige Teediät eingehalten wurde. Mit Vorliebe wurde zur Buttermilch gegriffen bei akuten und chronischen Dyspepsien, Obstipation, Unterernährung und Pädatrophie. Die Darreichung geschah ebenfalls wie bei frischer Buttermilch: zunächst kleinere Tagesmengen in häufigeren, kleinen Einzelportionen. Was nun die Fälle im speziellen anbelangt, bei denen die Konserve gegeben wurde, so sagt K. darüber:

„Wenn wir die Fälle überblicken, so ergeben sich von selbst 2 Gruppen:

1. Kinder mit gesundem oder nur leicht erkranktem Magendarmtraktus, aber erschöpfenden anderen Krankheiten und
2. magendarmkranke Kinder.

Eine Anzahl von Fällen der ersten Gruppe stammte aus der Lues-Abteilung; diese Kinder sind erfahrungsgemäß bei Mangel der natürlichen Ernährung in hohem Grade durch die meist bestehende Kachexie gefährdet, ihre künstliche Ernährung ist eine der undankbarsten Aufgaben des Kinderarztes. Hier hatten wir mit der Konserve ebenso wie mit der frischen Buttermilch sehr gute Erfolge, indem die Kinder die Nahrung bald gern nahmen und mit erheb-

lichen Gewichtszunahmen geheilt entlassen werden konnten. Auch bei anderen erschöpfenden Krankheiten (Pertussis, Pemphigus neonatorum, Phlegmonen) konnten wir erhebliche Gewichtszunahmen erzielen. In einzelnen Fällen von Unterernährung bei gesundem Magendarmtraktus erwies sich die Konserve der frischen Buttermilch gleichwertig in der Erzielung schneller und großer Gewichtszunahmen.

Der größere Teil unserer Beobachtungen betrifft magendarmkranke Kinder. Bei schwereren Fällen ließen wir den Darm unter Teediät sich erst erholen und gaben dann vorsichtig die Konserve. In leichteren Fällen geben wir sie sofort. Hier erlebten wir einzelne Mißerfolge, indem entweder sofort auftretende bedrohliche Erscheinungen, oder erst nach längerer Zeit einsetzende Verdauungsstörungen zwangen, die Konserve wieder auszusetzen. Dieselbe Erfahrung mußten wir bei frischer Buttermilch allerdings auch mitunter machen. Die Mehrzahl der in diese Gruppe gehörigen Fälle zeigte jedoch recht befriedigende Erfolge. Die Kinder tranken gern, nur wenige erbrachen anfangs, die Stühle erschienen stets gut verdaut, von homogener Beschaffenheit, hell, allerdings etwas häufig; daher auch eine günstige Einwirkung bei hartnäckigen Obstipationen; mit der Behebung der Verdauungsstörung verschwanden auch ihre Begleiterscheinungen: Soor und Koliken. Die Gewichtszunahmen waren recht erheblich und zwar sprunghaft, wie bei der frischen Buttermilch. Über den Wert der Nahrung bei echter Pädatrophie haben wir leider keine Erfahrung, da uns in der kurzen Versuchszeit kein solcher Fall zur Verfügung stand. Weiter sind wir nicht in der Lage, über Dauerbeobachtungen zu berichten, da sich das Präparat zurzeit noch nicht im Handel befindet und deshalb seine Verwendung in der ambulatorischen Praxis nicht angängig war. Aus diesem Grunde mußten wir auch die Mehrzahl unserer Beobachtungen einige Zeit vor der Entlassung wieder abbrechen, um die Kinder zur Zeit ihrer Entlassung an eine andere Diät gewöhnt zu haben, was auf keine Schwierigkeiten stieß. — Uns konnte es begreiflicherweise in erster Reihe auch nur darauf ankommen, für die kranken, unserer Behandlung zugeführten Kinder den Wert und die Verwendbarkeit der Buttermilchkonserve festzustellen.

Unser Urteil über das vorliegende Präparat können wir demnach dahin zusammenfassen, daß wir wesentliche Unterschiede gegenüber der frischen Buttermilch nicht finden konnten. Wir möchten es demnach, unter Hinweis auf das anfangs Gesagte, in allen Fällen empfehlen, in denen eine einwandsfreie frische Buttermilch nicht zu beschaffen ist."

Grätzer.

H. Finkelstein, Kuhmilch als Ursache akuter Ernährungsstörungen bei Säuglingen. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Mai 1905. Tadellose Kuhmilch besitzt die Fähigkeit, bei gewissen, bisher an der Brust genährten und gut gedeihenden Kindern akute, zuweilen schwere und stürmische Erscheinungen auszulösen, die ganz den Eindruck erwecken, als ob eine Vergiftung vorläge. F. hat im Berliner Kinderasyl öfters Gelegenheit gehabt, derartige Fälle zu be-

obachten und er gibt eine Reihe von Krankengeschichten an, welche das Gesagte illustrieren.

Da sind Fälle, wo die Verabreichung von Kuhmilch unmittelbar gefolgt ist von Temperaturerhöhung, Schwächezuständen, Erbrechen, Diarrhöe und mehr weniger lang dauernder Appetitlosigkeit. Dann schwerere, wo höheres Fieber, stärkerer Verfall, ausgiebige Gewichtsabnahme und die Zeichen von Nierenreizung auftreten. Die Intoleranz gegen Kuhmilch kann aber noch weiter gehen. Es kann geschehen, daß minimale Mengen von ihr einen schweren mehrtägigen Krankheitszustand hervorrufen: ja es ist möglich, daß durch einige Gramm ein bisher blühendes Kind dem Tode zugeführt wird. Auch dafür bringt F. ein Beispiel. Meist handelt es sich um Kinder, welche von mehr oder weniger schweren Ernährungsstörungen sich an der Brust erholt hatten; indessen erkrankten auch stets vollkommen gesunde Brustkinder in ähnlicher Weise.

Für die Praxis entspringt uns diesen Vorkommnissen ein erneuter Hinweis auf die Notwendigkeit eines vorsichtigen und allmählichen Abstillens in jedem Falle; denn nie kann vorausgesagt werden, ob es sich nicht um ein Kind handelt, das gegen Kuhmilch intolerant ist. Jene Beobachtungen enthalten ferner einen neuen Beleg dafür, daß es Kinder gibt, die selbst mit der besten künstlichen Ernährung dem Tode geweiht sind.

Und die Erklärung jener Erscheinungen, welche bei roher ebenso wie bei gekochter Milch sich zeigen? Sie bietet große Schwierigkeiten. Daß es sich um Giftwirkung des artfremden Eiweißes handelt, glaubt F. nicht. Er will vielmehr die Frage aufwerfen, ob nicht bakterielle Vorgänge im Darm — etwa das Aufkeimen einer neuen, bisher bei der natürlichen Nahrung in der Entwicklung gehemmten Flora, für die die Kuhmilch günstige Wucherungsbedingungen schafft — in Betracht gezogen werden sollen. Grätzer.

Arth. Schlossmann, Vergiftung und Entgiftung. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Juli 1905.) S. wendet sich gegen Finkelstein, welcher die Vergiftungserscheinungen, die bei manchen Kindern bei Kuhmilchernährung eintritt, so erklärt, daß die artfremde Nahrung als Ganzes die Schuld trägt. Demgegenüber betont S., daß es sich nur um das artfremde Eiweiß handelt. Nur die Eiweißstoffe der Milch sind als Träger der Arteigenschaften desselben anzusehen. Der Beweis, daß es wirklich artfremdes Eiweiß ist, das die sonderbaren Veränderungen im Organismus des erstmalig mit Kuhmilch gefütterten Säuglings auszulösen imstande ist, könnte dadurch ganz einwandsfrei erbracht werden, daß durch Einführung artfremden Eiweißes in das kindliche Blut — etwa durch subkutane Injektionen — die gleichen klinischen Erscheinungen ausgelöst werden, wie wir sie zuweilen beim erstmaligen Genuß von artfremder Milich beobachten. S. hat diesen Weg eingeschlagen und ist zu überraschenden Resultaten gelangt. Er benutzte zu seinen Versuchen dauernd steril gemachtes Rinderserum. Injiziert man einem Säugling, der noch niemals Kuhmilch erhalten hat, eine minimale Menge dieses Rinderserums, so löst man eine spezifische Reaktion aus, die sich durch eine Veränderung im

normalen Verhalten des Kindes dokumentiert und 6—8, 12—24 Stunden andauert. 0,1 g des Serums bewirkt diese Reaktion, die sich bald in leichten Temperatursteigerungen, bald in Abnormitäten der Atmung und Herztätigkeit, bald in Exanthemen äußert. Wiederholt man die Injektion mit steigenden Dosen, so wiederholt sich das gleiche in abgeschwächter Form, und nach Einverleibung einer letzten Dosis von 0,5—1 g ist eine vollständige Immunität gegen die artfremden Eiweißstoffe eingetreten, das Kind ist für sein ganzes Leben gegen diese gefeit. Die Sicherheit, mit der man jene Reaktion bei Brustkindern, die noch nie Kuhmilch bekommen haben, eintreten sieht, ist so groß, daß man so bei jedem Kinde feststellen kann, ob es schon mit Kuhmilch gefüttert ist oder nicht; in ersterem Falle reagiert es nicht auf 0,1 g des Serums, in letzterem zeigt es jene Reaktion. Injiziert man nun einem von den Kindern 0,1 g Serum, die eine Idiosynkrasie höheren Grades gegenüber artfremden Eiweißes besitzen, die also schon bei den geringsten Mengen Kuhmilch Vergiftungserscheinungen zeigen, so erhält man eine sehr heftige Reaktion, die nach 12—18 Stunden abgelaufen ist, um bei wiederholter Injektion steigender Dosen schwächer wiederzukehren, bis auch hier vollständige Immunität erzielt ist, das Kind nunmehr also ohne Schaden mit Kuhmilch ernährt werden kann. S. fand also folgendes:

1. Es ist möglich, durch eine Injektion von 0,1 g Rinderserum aus dem Auftreten oder Ausbleiben leichtester Reaktionserscheinungen mit großer Wahrscheinlichkeit zu folgern, ob ein Kind schon Kuhmilch als Nahrung erhalten hat.

2. Es ist möglich, auf die gleiche Weise aus der Intensität der Reaktion bei einem bisher ausschließlich an der Brust gestillten Kinde zu folgern, ob es eine weitgehende oder geringe Reaktionsfähigkeit gegenüber der Kuhmilch hat, ob sich also beim Abstillen Schwierigkeiten durch eine bestehende Idiosynkrasie gegen Kuhmilch zeigen werden.

3. Es ist möglich, durch Injektion steigender Serumdosen Kinder, die gegen Kuhmilch eine Idiosynkrasie zeigen und bei denen diese wie ein Gift wirkt, gegen die hieraus resultierenden Gefahren zu schützen.

S. erklärt sich bereit, Kollegen sein Rinderserum zu Versuchen abzulassen.

Grätzer.

Ad. Czerny, Zur Kenntnis der exsudativen Diathese. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1905.) Als exsudative Diathese bezeichnet C. eine Konstitutionsanomalie, die viel zu wenig von den Ärzten beachtet wird, obwohl ihr eine große Bedeutung zukommt. Viele Kinder wollen an der Mutterbrust nicht gedeihen, d. h. sie nehmen nicht in zufriedenstellender Weise an Gewicht zu. Diese Kinder zeigen noch andere Krankheitssymptome; dieselben werden aber nur als zufällige Komplikationen betrachtet und nicht in ursächlichen Zusammenhang mit dem ungünstigen Ernährungserfolge gebracht. Es gibt Familien, wo jedes Kind gleichgroße Schwierigkeiten bei der Ernährung mit Frauenmilch bietet, d. h. dabei nicht gehörig an Körpergewicht zunimmt. Diese Kinder weisen, wenn man

näher zusieht, immer die Symptome der exsudativen Diathese auf. Nach der Geburt zeigen dieselben keinerlei besondere Merkmale. Nur dann kann man bereits von vornherein den Verdacht haben, daß es sich um ein solches Kind handeln wird, wenn einem auffallend großen und kräftigen Ehepaar ein ausgetragenes, aber auffallend kleines und zartes Kind geboren wird. Das erste Symptom ist dann das Ausbleiben der raschen Körpergewichtszunahme; das Kind ist erst in 2—3—4 Wochen so schwer, wie es bei der Geburt war. Wartet man ruhig ab, da sieht man weiter eine bessere Gewichtszunahme, die aber doch hinter der Norm zurückbleibt. Jetzt treten auch andere Erscheinungen auf; kleine Temperatursteigerungen, so gering, daß sie nur durch Messung erkannt werden, geringe Pharyngitiden, oder ein hartnäckiger Milchschorf, Ekzeme und andere Ausschläge. Läßt man sich nicht abhalten, die Muttermilchernährung fortzusetzen, so kommt bald die Zeit, wo die Kinder besser gedeihen und gesunden.

Weshalb diese Kinder aber lange Zeit an der Mutterbrust so schlecht zunehmen, das erkennt man erst, wenn man das Verhalten derselben beim Übergang zu künstlicher Ernährung beobachtet. Die Kinder nehmen dabei mangelhaft zu und leiden an Obstipation, welche auf die Entstehung von Seifenstühlen zurückzuführen ist. Diese Erscheinungen bessern sich erst, und es tritt sogar eine gute Gewichtszunahme ein, wenn die Fettmenge der Nahrung durch stärkere Verdünnung der Milch mit einer Mehlkochung herabgesetzt wird. Das Nichtgedeihen der Kinder an der Brust scheint also auf dem hohen Fettgehalt der Muttermilch zu beruhen. Es handelt sich also um eine angeborene Anomalie im Stoffwechsel. Diese ist mitunter so hochgradig, daß auch bei einer monatelang fortgetzten Ernährung an der Brust dauernd ein schlechtes Ernährungsresultat erzielt wird, welches sich oft schon sehr günstig ändert, wenn eine einzige Mahlzeit von Frauenmilch durch eine kohlehydratreiche Mahlzeit ersetzt wird. Es empfiehlt sich bei solchen Kindern, früher als sonst mit einer Suppenmahlzeit zu beginnen. Oft genügt es, einmal täglich anstatt Frauenmilch eine Fleischbrühe mit Hafer-, Gersten- oder Reismehl schon im 4. Lebensmonat einzuführen; um eine sichtliche Besserung nicht nur der Körpergewichtszunahme, sondern des Allgemeinzustandes des Kindes herbeizuführen; statt der Brühe kann man auch Malzsuppe oder Muttermilch verabreichen. Übrigens erscheint es bei Kindern mit exsudativer Diathese gar nicht wünschenswert, rapide Gewichtszunahme zu erzielen. Die Erscheinungen verlaufen vielmehr am mildesten, wenn die Gewichtszunahme eine langsam ansteigende ist, wie es bei der Brusternährung der Fall ist. Diese sollte also stets beibehalten werden. Gewährt sie doch auch den Kindern eine gewisse Immunität, die gerade bei den Kindern mit exsudativer Diathese, die vielen Infektionen zugänglich sind, nötig ist. Es gibt auch schwere Fälle von exsudativer Diathese, wo die Kinder ganz und gar nicht gedeihen, das Körpergewicht gar nicht steigen will. Hier ist nicht allein die unvollkommene Ausnutzung des Fettes der Frauenmilch schuld, sondern auch die Infektionen, die ungünstig einwirken, sei es eine Koryza, eine Paryngitis, Bronchitis usw. Aber auch für diese Kinder muß an der Brusternährung festgehalten werden,

trotz des schlechten Gedeihens; bei künstlicher Ernährung würden viele dieser Kinder zugrunde gehen, die schließlich bei Brusternährung doch noch am Leben bleiben.

Todesfälle kommen eher bei einer anderen Gruppe von Kindern vor. Diese gedeihen an der Brust anscheinend ganz ausgezeichnet, d. h. sie nehmen kolossal zu. Aber es handelt sich nicht lediglich um einen Mästungseffekt. Verringert man die Zahl der Mahlzeiten selbst auf 4 in 24 Stunden und beschränkt dazu noch die Trinkzeit, so gelingt es trotzdem oft nicht, Gewichtszunahme und Fettansatz zu beschränken. Bei solchen Kindern tritt die exsudative Diathese in der Regel in schwerer Weise auf. Zeigen sich daher die ersten Zeichen der exsudativen Diathese, so sind sofort die Mahlzeiten auf 4 in 24 Stunden zu beschränken. Bleibt trotzdem der Zustand der gleiche, dann sollte man ebenso, wie oben angegeben, schon im vierten Monat eine Brustmahlzeit durch eine Suppenmahlzeit ersetzen. Die Fleischbrühe mit Kohlehydraten schafft zwar eine Sättigung des Kindes, repräsentiert aber doch einen geringeren Kalorienwert, als eine gleiche Menge Frauenmilch. Abgesehen davon, daß man durch ein solches Verfahren die Erscheinungen der exsudativen Diathese in Schranken halten kann, bietet es noch den Vorteil, daß das Absetzen der fetten Kinder leichter durchzuführen ist, als wenn dieselben an die Aufnahme maximal großer Mengen von Frauenmilch gewöhnt waren. Es gibt keine künstliche Nahrung, welche in gleichen Mengen gleich ungefährlich wäre, und infolgedessen ergeben sich beim Abstillen große Schwierigkeiten. Erhält ein vorher mit übermäßigen Mengen von Frauenmilch gemästetes Kind nur seinem Alter und seiner Größe entsprechende notwendige Mengen von künstlicher Nahrung, so sind Körpergewichtsabnahmen nicht zu vermeiden. Diese sind zwar für den Verlauf der exsudativen Diathese nicht ungünstig. Manchmal verschwinden sogar dabei einzelne Erscheinungen, wie z. B. der Milchschorf oder die Prurigo, welche vorher bei der Brusternährung fast andauernd vorhanden waren; die Nahrungsreduktion bringt aber andere Nachteile mit sich: große Unruhe, starkes Absinken des Gewebsturgors und damit Rückgang der statischen Funktionen usw. Begeht man aber den Fehler, einem fetten Säuglinge beim Abstillen ebenso übermäßige Nahrungsmengen zuzuführen, so folgen meist noch schwerere Katastrophen: Die Symptome der exsudativen Diathese nehmen an Intensität zu, schwere Komplikationen durch Infektionen treten ein, es kann zu Tetanie, Eklampsie kommen oder plötzlicher Herztod ist die Folge. Mindestens aber etablieren sich schwere Ernährungsstörungen, die früher fetten Kinder werden welk, schwächlich, blaß.

Verfolgt man das Schicksal der Kinder nach dem 1. Lebensjahre, so sieht man vielfach, daß die Kinder, welche anfangs langsam gediehen sind, bei zweckmäßig geleiteter Ernährung schon im 2. Lebensjahre die anfangs sehr fetten Kinder in bezug auf Aussehen, natürliche Immunität, Mobilität und sogar auf Körpergewicht übertreffen. Man muß nur Geduld haben und die natürliche Ernährung beibehalten; allmählich nehmen die Kinder doch zu und werden zu normalen Kindern, während wenn man ungeduldig zur künstlichen Ernährung übergeht, man sehr bald großen Schwierigkeiten gegenübersteht und

den Kindern nur schadet; wenn sie vielleicht auch rascher zunehmen, so ist dies doch nur ein Scheinerfolg. Vor allem ist die natürliche Immunität keine so große, und kommt es infolge der exsudativen Diathese zu Infektionen, welche von Haut oder Schleimhäuten ausgehen, so verlaufen sie viel maligner und nicht selten ist der letale Ausgang nicht abzuwenden. Grätzer.

Quintrie et **Guiraud** (Bordeaux), Nécessité de l'analyse du lait des nourrices. (Revue mens. des maladies de l'enfance. Avril 1905.) Die chemische Analyse der Mutter- oder Ammenmilch ist von besonderer Wichtigkeit in zahlreichen Fällen und sollte jedesmal vorgenommen werden, wenn man für eine Magendarmerkrankung eines Säuglings keine rechte Erklärung geben kann, oder wenn es sich um die Wahl einer Amme handelt. So kann man z. B. bei der Untersuchung einen Fettgehalt von etwa 7‰ statt der normalen 39‰ finden, wodurch die betreffende Frauenmilch als ganz ungenügend zur Ernährung erscheint, was die Verff. auch an einem Beispiele aus der Praxis nachweisen. In anderen Fällen leiden die Kinder an sogenannter Fettdiarrhöe, wenn der Fettgehalt der betreffenden Milch ein zu großer ist, also etwa 50 g pro Liter, statt der gewöhnlichen 39 g beträgt.

Handelt es sich also um eine an Nährstoffen zu arme Milch, so ist die betreffende Frau von der Ernährung auszuschließen, falls nicht gemischte Milchernährung angewendet werden kann, während man bei allzu fettreicher Milch dieselbe insoweit verbessern kann, als man jedesmal von beiden Brüsten säugen läßt, da die zuerst sezernierte Milch immer fettarmer ist. E. Toff (Braila).

Paul Selter, Hebamme und Säuglingsernährung. (Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. 1905. Jahrgang XXIV. Heft 3 u. 4. S. 81 ff.) Verf. beklagt es hauptsächlich, daß auch nach dem neuen Hebammenlehrbuche die Hebammen berechtigt sind, in den Fällen, wo es sich darum handelt, ob eine Mutter ihr Kind selbst stillen kann, eigenmächtig zu handeln. Die bisherige Ausbildung der Hebammen befähigt sie nicht für Beurteilung dieser Frage, und es wäre deshalb zu wünschen, daß sie in solchen Fällen gehalten sind, einen Arzt hinzuzuziehen. Möge diesem Verlangen recht bald entsprochen werden! H. Walbaum (Göttingen).

A. Plantier, De la température du nourrisson pendant les règles de la femme qui allaite. (Thèse de Lyon. 1904.) Das Wiedererscheinen der Regeln während des Säugens bleibt nicht ohne Einfluß auf das Kind. P. hat auf Anregung von Weill die Temperatur der betreffenden Säuglinge genauen Messungen unterzogen und gefunden, daß dieselbe durchgehends erhöht ist. In manchen Fällen betrug die Erhöhung nur einige Zehntel, in anderen einen ganzen Grad. Weill ist der Ansicht, daß eine Temperaturerhöhung bei allen Säuglingen während der Menstruationsperiode der Mütter vorkommt, sieht das aber nicht als Grund an, um das Säugegeschäft zu unterbrechen. Für die Erklärung der in Rede stehenden Erscheinung können nur Vermutungen gemacht werden; möglicherweise

ist dieselbe auf thermogene Toxine, welche in die Milch übergehen oder auf eine Veränderung in der Milchkomposition zurückzuführen.

E. Toff (Braila).

G. Nigris, Über das Stillen und die Ursachen des Nichtstillens. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 18.) Nach Bunge greift die physische Stillunfähigkeit immer weiter um sich. Für einige Städte ist schon der Gegenbeweis geliefert worden: für Paris, London, München, Freiburg, Solingen ist festgestellt, daß ein wesentlicher Rückgang der physischen Stillfähigkeit in den letzten Dezennien nicht stattgefunden hat. Für Österreich lagen bisher solche Erhebungen nicht vor, und suchte N. deshalb für Graz festzustellen, ob die physische Stillfähigkeit im letzten Jahrzehnt eine Abnahme erkennen läßt. 6961 Frauen aus der Grazer Gebärklinik dienten zur Grundlage einer diesbezüglichen Statistik. Von diesen haben 5787 (= 83,13 %) ihre Kinder ausschließlich selbst gestillt. Die Ursache, weshalb 1174 Mütter ihre Kinder nicht ausschließlich oder gar nicht stillten, war in 502 Fällen nicht zu eruieren, nur in 200 Fällen (= 2,87 %) war Milchmangel die Ursache, in den übrigen Fällen lagen andere Ursachen (Wochenbetterkrankungen, Affektionen der Brust, konstitutionelle Leiden usw.) vor. Physische Stillunfähigkeit war also nur in 2,87 % vorhanden, und kam wenn man noch jene 502 Fälle sämtlich hinzurechnet, in 10 % vor. N. kann daher schließen:

1. Unter den Frauen, welche auf der Grazer Gebärklinik entbunden wurden, bildet die physische Unfähigkeit zu stillen eine seltene Ausnahme; die überwiegende Mehrzahl der Frauen besitzt nebst der „Fähigkeit“ auch die „körperliche Eignung“, ihr Kind wenigstens in den ersten Lebenswochen — zu stillen.

2. Physische Fähigkeit und Eignung zum Stillen bei diesen Wöchnerinnen sind derzeit nicht im Rückgange begriffen.

Weitere Erhebungen führten zum Schlusse, daß:

1. Auch in den Kreisen der poliklinischen Klientel in Graz der Brauch der natürlichen Säuglingsernährung derzeit nur etwa von einem Drittel der Frauen geübt wird und in Abnahme begriffen ist; daß

2. auch hier unter den Ursachen für das Nichtstillen mangelnde physische Fähigkeit und Eignung eine geringe Rolle spielen.

Auch in Graz liegt es — wie schon die alltägliche Erfahrung in der Poliklinik lehrt — vorwiegend an Indolenz, Unkenntnis und schlechter Beratung einerseits, an wirtschaftlichem Elend andererseits.

N. schließt seine Arbeit mit den beherzigenswerten Worten:

Die Ansicht, daß bei unseren Frauen die körperliche Fähigkeit zur natürlichen Ernährung im Erlöschen sei, hört man heute leider auch in den Kreisen der sozial niederen Klasse häufig überzeugungsvoll geäußert. Wir erachten es für eine bedeutungsvolle Pflicht, dieser verbreiteten Meinung mit allem Nachdruck entgegenzutreten. Auch die aufwachsende Generation von Ärzten und Hebammen darf nicht in Resignation betreffend die Stillfähigkeit der Zeitgenossinnen herangebildet werden.

An ihrer Stelle soll die wahre Erkenntnis Platz greifen und die Überzeugung, insbesondere die Frauen selbst, durchdringen, daß bei

ihnen — wenige ausgenommen — die physischen Bedingungen zur „Selbststillung" gegeben sind. Dies allein wird ihnen zu ausdauernden und endlich erfolgreichen Bemühungen Mut und Lust machen.

Grätzer.

Luigi Concetti, Nephritis und Stillen. (Revista di Clinica Pediatrica. Januar 1905.) Verf. geht von einem Fall seiner Beobachtung aus, der zugunsten der von ihm vertretenen Meinung spricht, daß eine nephritiskranke Mutter unter Umständen selbst ihr Kind stillen kann. Als das Kind zur Beobachtung kam, hatte die Mutter, die es seitdem nicht von der Brust abgesetzt hatte, einen Monat zuvor eine schwere akute Nephritis gehabt und befand sich noch wegen derselben im Krankenhaus. Man versuchte das Kind künstlich zu nähren, es kam aber dabei so herunter, daß man es zu einer Amme brachte. Als es sich weigerte, von dieser Nahrung zu nehmen, legte man es wieder bei der noch immer nephritiskranken Mutter an; allmählich ließen die enteritischen Symptome nach und das Kind gedieh vortrefflich.

F.

Alfaro, Sur la rétention des chlorures et l'action du régime hypochloruré dans les néphrites infantiles. (Sonderabdruck aus Archivos latino Americanos de Pedriatria. Nom. 1. Marzo de 1905.) Aus seinen Untersuchungen zieht A. folgende Schlüsse: Bei Kindern mit akuter Nephritis oder akuten Nachschüben ist die Kochsalzausscheidung mehr weniger gestört, so daß es zu einer Retention des Kochsalzes kommt. Das in den Geweben abgelagerte Salz verursacht ein interstitielles Oedem resp. Ergüsse. In der Regel bessert sich die Ausscheidung des Kochsalzes mit der Abheilung der Nephritis; zuweilen allerdings auch mit Schwankungen. Die vermehrte Ausscheidung des Kochsalzes ist begleitet von Polyurie.

Die urämischen Erscheinungen sind bedingt durch die Kochsalzretention, dementsprechend ist letzteres einzuschränken. Zweckmäßiger noch als Milchdiät ist eine gemischte Diät aus Fleisch, Brot, Butter, Leguminosen. Diese Diät ist besonders angezeigt bei chronischen Formen. Sie hilft die Ausbildung von Oedem und Urämie zu bekämpfen. Eine probeweise Darreichung von Kochsalz zum Zweck der Funktionsprüfung der Nieren erscheint angezeigt.

Schreiber (Göttingen).

R. Weigert, Klinische und experimentelle Beiträge zur Behandlung der Nierenentzündung im Kindesalter. (Aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik in Breslau. Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Juli 1905.) Auf Grund seiner Untersuchungen kommt W. zu folgenden Schlüssen:

Die Eiweißausscheidung der Nephritiker verhält sich am ungünstigsten bei vorwiegender Fleischkost. Dies trifft auch dann zu, wenn gleichzeitig die Kochsalzzufuhr mit der Nahrung auf das Mindestmaß eingeschränkt wird.

Die Eiweißausscheidung verhält sich am günstigsten bei rein vegetabilischer Diät.

Nach Fleisch bewirkt die höchsten Grade von Albuminurie die Milch, dann folgen in aufsteigender Linie gemischte Kost und Eier.

Der Zusatz von Gewürzen zur Nahrung hat anscheinend keinen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf von Nierenaffektionen.

In der Diätetik hydropischer Nierenkranker spielt die Dosierung der Kochsalzzufuhr in der Nahrung die wichtigste Rolle. Mit einer kochsalzarmen Nahrung kann ohne jedes andere Hilfsmittel eine gänzliche Ausscheidung des retinierten Chlornatriums und Wassers erreicht werden.

Gleichzeitig — jedoch nicht in demselben Grade, sondern anscheinend sekundär, infolge der durch die Entwässerung und Besserung der Zirkulationsverhältnisse bedingten Hebung des Allgemeinzustandes — stellt sich eine Verminderung der Eiweißverluste im Urin ein.

Trotz der durch die kochsalzarme Diät erzielten Steigerung der Chlor- und Stickstoffausscheidung kann eine Urämie zustande kommen.

Grätzer.

O. Garlipp, Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis. (Aus der Universitäts-Kinderklinik der Charité in Berlin.) (Medizin. Klinik. 1905. No. 32.) Urotropin war zu genanntem Zweck von verschiedenen Seiten empfohlen worden. Daraufhin wurde auch in der Heubnerschen Klinik diese prophylaktische Behandlung in 82 Fällen durchgeführt. Das Urotropin wurde 3mal je 4 Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen in Dosen von 0,25 g gereicht, und zwar am 1., 2., 3., 4., am 9., 10., 11., 12., am 17., 18., 19., 20. Tage (der Einlieferungstag ins Krankenhaus als 1. Tag gerechnet). Von den 82 Fällen bekamen 21 (= 25,6 $^0/_0$) Nephritis, und von diesen 21 Pat. starben 2 an Sepsis, 3 wurden nach einer Behandlung von 32, 37, 38 Tagen ungeheilt entlassen, einer wurde auf eine andere Abteilung verlegt, 15 sind geheilt. Vor der Behandlung mit Urotropin betrug der Prozentsatz an Nephritiserkrankungen bei Scharlach 19,6 $^0/_0$.

Es liegt G. fern, für die Erhöhung der Prozentzahl das Urotropin verantwortlich zu machen; aber daß man nicht allzu große Hoffnungen auf die prophylaktische Wirkung des Urotropins bei Scharlach setzen darf, geht wohl aus den angegebenen Zahlen hervor.

Auch bei der Behandlung der Nephritis selbst sah G. vom Urotropin keinen wesentlichen Nutzen.

Grätzer.

W. Stoeltzner, Über ausgebreiteten Hydrops ohne Albuminurie im Kindesalter. (Medizin. Klinik. 1905. No. 19.) Derartige Zustände kommen einerseits im Anschluß an akute Infektionskrankheiten, andererseits nach Magendarmerkrankungen vor. Zu letzterer Kategorie gehörte ein von S. beobachteter Fall. Derselbe betraf ein 13 Monate altes Kind, welches nach einem hartnäckigen Magendarmkatarrh ausgebreitete Hautödeme und nicht unbeträchtlichen Aszites bekam. Diese schwanden auf eine eingeleitete diätetische Behandlung nach kurzer Zeit, und das Kind konnte bald geheilt entlassen werden. Die Ödeme glichen hier und auch sonst gewöhnlich in ihrem Auftreten und Aussehen durchaus den Ödemen bei parenchymatöser Nephritis. Es gibt nun bekanntlich auch eine Nephritis ohne Albuminurie. Das Fehlen der Albuminurie in solchen Fällen erklärt sich am einfachsten, wenn man annimmt, daß die erkrankten Stellen der Nieren ihre sekretorische Funktion vollständig eingestellt haben,

daß also der Urin, den wir ohne Erfolg auf Eiweiß untersuchen, ausschließlich von den gesunden Bezirken geliefert wird. In den wenigen Fällen von Hydrops ohne Albuminurie, die bisher zur anatomischen Untersuchung gelangt sind, hat man in der Tat entzündliche Veränderungen in den Nieren gefunden. Sie bestanden in meist wenig ausgedehnter Nekrose und Abstoßung des Epithels der Harnkanälchen und in herdweise angeordneter kleinzelliger Infiltration des interstitiellen Bindegewebes. Wenn nun auch diese Veränderungen stets geringe waren, so liegt die Sache doch so, daß ein einwandsfreier Fall von ausgebreitetem Hydrops ohne Albuminurie, in dem die Nieren anatomisch völlig frei von entzündlichen Veränderungen gefunden worden wären, wenigstens in der kinderärztlichen Literatur nicht existiert. Nimmt man noch hinzu, daß es gleiche Erkrankungen sind, die einerseits zur Nephritis mit Albuminurie, andererseits zu Hydrops ohne Albuminurie führen, so muß man aus allem den Schluß ziehen, daß beide Affektionen derselben Krankheitsgruppe angehören. Grätzer.

Rubens (Gelsenkirchen), Ein Fall von akutem umschriebenen Ödem mit orthostatischer Albuminurie. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 15.) Das Zusammentreffen dieser beiden Affektionen bei einem Individuum, einem 15jähr. Mädchen, war sehr interessant. Bei beiden ist die Ätiologie noch recht dunkel. Beim akuten umschriebenen Ödem handelt es sich wahrscheinlich um eine vom Gastrointestinaltraktus ausgehende Noxe, die reflektorisch die Hautveränderungen hervorruft. Das Wesen der orthostatischen Albuminurie besteht darin, daß bei Bettruhe die Nieren kein Eiweiß ausscheiden, daß dagegen sofort Albuminurie auftritt, sobald der Pat. sich aufrichtet oder umhergeht. Senator ist der Ansicht, daß hier irgendeine übersehene leichte Entzündung pathologische Veränderungen in der Niere gesetzt hat, die durch eine Veränderung resp. Verlangsamung des venösen Blutstroms beim Übergang aus der ruhigen Horizontallage in die aufrechte Stellung Eiweiß ausscheidet. Senator meint, es fehle ja nicht an Beispielen, daß vom Verdauungskanal aus Reizungserscheinungen in entfernten Gefäßgebieten ausgelöst werden können. „Ich erinnere nur an die sogen. Urticaria ab ingestis, d. h. an diejenige Urticaria, welche durch gewisse Nahrungsmittel hervorgerufen wird. Könnten nicht auch in den Nieren einmal ähnliche vasomotorische Störungen, die in der Albuminurie ihren Ausdruck finden, vom Darm ausgelöst werden?“ Leube hat in der Tat bei Urticaria vorübergehende Albuminurie auftreten sehen.

Der von R. beobachtete Fall erweckt den Verdacht, daß eine gemeinschaftliche Noxe sowohl das akute zirkumskripte Ödem als auch die orthostatische Albuminurie verursacht habe. Es mußte hier wahrscheinlich vom Intestinaltraktus eine Noxe wirken, die in der Niere vasomotorisch-trophische Störungen hervorrief und gleichzeitig auf dem Wege des Reflexes das akute Ödem verursachte. Welcher Art diese Schädlichkeit war, blieb freilich dunkel. Man könnte vielleicht annehmen, daß zwei verschiedene, zufällig nebeneinander auftretende Krankheitsprozesse bei einem und demselben Pat. vorliegen. Man müßte dann annehmen, daß es sich um eine Albuminuria adoles-

centium handle, wo durch Kreislaufstörungen eine venöse Stase in den Nieren eingetreten sei, und daß ganz unabhängig davon dies in das Gebiet der Urticaria gehörende Krankheitsbild des Ödems aufgetreten sei. Dagegen sprach der weitere Verlauf. Nur bei der Bettruhe nahmen die Ödeme zu, während das Eiweiß verschwand. Hierbei läßt sich, ohne der Sache Gewalt anzutun, als Grund wohl anführen, daß die Haut in einem überaus gereizten Zustand sich befand. Mit leichter Mühe ließ sich eine Urticaria factitia bei der Pat. hervorrufen. Späterhin trat jedoch nur dann das Ödem auf, wenn auch der Urin Albumen zeigte. Man muß daher notgedrungen zu dem Schluß kommen, daß in dem Körper der Pat, eine Schädlichkeit vorhanden war, welche beide Veränderungen setzte, die vasomotorisch-trophischen Störungen der Niere und das akute zirkumskripte Ödem.

Grätzer.

Löhlein, Über Fettinfiltration und fettige Degeneration in der Niere des Menschen. (Aus dem pathol. Institut zu Leipzig.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 1.) Die Untersuchungen wurden an menschlichen, durch Sektion gewonnenen Nieren angestellt und berücksichtigen nur die morphologischen, nicht die chemischen Verhältnisse. Bei der „Fettinfiltration", die als Mästungszustand aufgefaßt wird, wurde niemals Protagon neben dem Fett gefunden. Hierher gehören folgende, ohne Albuminurie verlaufende Fälle von Nierenverfettung: Nieren von Neugeborenen, bei Coma diabeticum, bei Herzleiden, bei Potatorium und bei Phosphorvergiftung. Letztere nehmen eine Sonderstellung ein. Bei der herdförmigen Verfettung, der „Fettdegeneration", wurde stets neben dem Fett doppelt brechendes Protagon gefunden und zwar sowohl in den Epithelien der gewundenen Kanälchen als im interstitiellen Gewebe. Hierher gehören folgende mit Albuminurie verlaufende Fälle: Akute Nephritis, chronische Nephritis und Granularatrophie, Amyloidnieren. Interessant ist der Befund von Protagontröpfchen in großen Zellen, die als Lymphgefäßendothelien gedeutet werden, sowie der Nachweis, daß aus Protagon unter Umständen doppelt brechende Kristalle hervorgehen können, die sich durch Erwärmen in die Tröpfchenform zurückbringen lassen. Der Zellkern ist bei der Bildung des Protagons aktiv nicht beteiligt; Degenerationszeichen an ihm sind sekundärer Natur. Bennecke (Marburg).

W. Lindemann, Über die Resorption in der Niere. (Aus der Abt. f. exp. Mediz. d. bakteriol. Institutes in Kiew.) (Beiträge z. path. Anat. u. allgem. Path. von Ziegler. Bd. 37. H. 1.) Die in der Literatur vorhandenen Arbeiten über die Frage, ob in den gewundenen Darmkanälchen der Niere eine Resorption von Harnwasser stattfindet, beweisen nicht was sie sollen. Es geht aus ihnen nur hervor, daß unter pathologischen Verhältnissen bei gesteigertem Gegendruck eine Resorption in den ableitenden Harnwegen stattfindet.

Die vom Verf. angewandte Versuchsanordnung ist so, daß er Olivenöl unter einem den Sekretionsdruck eben übersteigenden Druck in das Nierenbecken vom Ureter aus einführt und dasselbe hier eine Zeitlang stehen läßt. Dadurch soll zunächst die Filtration in die Glomeruli während des Versuches aufgehoben werden. Würde nun

in den gewundenen Kanälchen eine Resorption stattfinden, so müßte entsprechend der Abnahme des hier vorhandenen Harnwassers das Öl allmählich in die Harnkanälchen eindringen. Das geschieht aber nicht. Eine Ausnahme bilden die entkapselten Nieren, wofür jedoch eine Erklärung aus den angestellten Versuchen nicht gegeben werden kann.

Bennecke (Marburg.)

Ad. d'Espine, Die maritime Behandlung der Skrofulose. (Archives de méd. des enf. 1904. No. 12.) Verf. gibt eine statistische Übersicht der in einem Sanatorium in Cannes erzielten Erfolge. Es wurden dortselbst im Zeitabschnitte von 1882—1904 792 skrofulöse Kinder behandelt und waren die Resultate folgende. Die Pottsche Krankheit ergab 42,85 % Heilung, 41,25 % Besserung und 5,90 % Mißerfolg. Die Knochenkaries gab 60 % und 32,6 % Besserung, die Koxalgien 40,42 % Heilung und 53,19 % Besserung; ähnlich war das Verhältnis auch bei den kalten Abszessen der anderen großen Gelenke. Sehr gute Resultate (60 % Heilung) ergaben die leichteren Formen der Skrofulose, wie lymphatische Anämie, skrofulöse Drüsenschwellungen, Skrofulose der Augen, der Ohren usw. Bei Lupus und adenoiden Vegetationen des Pharynx zeigte es sich, daß die maritime Kur nur dann gute Resultate gab, wenn derselben die chirurgische Behandlung der Krankheit vorangegangen war. Hingegen wurde bei jenen schwächlichen Kindern, die eine augenfällige Prädisposition zur Tuberkulose zeigten, ausgezeichnete Erfolge erzielt. Bei der maritimen Behandlung der Tuberkulose wirken drei wichtige Faktoren günstig ein und zwar: die maritime Atmosphäre, die Hydrotherapie, bestehend in Meerbädern und endlich die temperierte Luft des Ortes, welche eine ununterbrochene Lüftung sowohl bei Tag, durch Aufenthalt an der Küste, als auch nachts, durch Offenlassen der Fenster, gestattet. Auch die Lokalbehandlung, bestehend im Öffnen der Abszesse, Entfernen der Sequester, Immobilisierung der Wirbelsäule und der kranken Gelenke durch Apparate, Gipsverbände usw. darf nicht außer acht gelassen werden.

E. Toff (Braila).

Raebiger, Über Hydrotherapie bei Chlorose. (Zeitschrift f. diät. u. physikal. Therapie. Bd. 8. Heft 8 u. 9.) Der Verf. hat Vergleichsuntersuchungen über die Wirkung der Heißluftbäder und von Eisen bei chlorotischen Mädchen angestellt. Die Heißluftprozedur wurde in der Weise angestellt, daß 3mal wöchentlich kurze Dampfbäder von 5 Minuten Dauer mit nachfolgenden kalten Abklatschungen und Übergießungen verabfolgt wurden. Es ergab sich, daß die Zunahme des Blutfarbstoffs bei den hydriatisch behandelten Fällen durchschnittlich um 3,5 % höher war als bei den mit Eisen behandelten; desgleichen war auch die Zunahme der roten Blutkörper eine größere; nur die Gewichtszunahme blieb hinter der Eisenkategorie zurück. Die allgemeinen Krankheitssymptome, wie Schwächegefühl, Kopfschmerzen und Herzklopfen schwanden meist sehr rasch. Alles in allem muß man sagen, daß wir in der Hydrotherapie ein dem Eisen zum mindesten gleichwertiges Mittel gegen Chlorose besitzen.

Freyhan (Berlin).



II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Physikalisch-medizinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Nach Münchener med. Wochenschrift).

Sitzung vom 11. Mai 1905.

Weygandt: **Gruppenteilung der Idiotie.**

Die Fälle von Blödsinn, welche infolge einer angeborenen oder früh erworbenen Hirnaffektion niemals zu einer vollen Entwicklung ihrer geistigen Persönlichkeit gelangen, sind durch den von vornherein feststehenden Ausschluß aus jeder geistigen Gemeinschaft prinzipiell von den Fällen, die nach normaler Entwicklung verblöden, zu trennen. Seit Griesinger ist man bemüht, an Stelle der graduellen Einteilung dieser Fälle eine anderweitige Gliederung vorzunehmen. Heute läßt sich wenigstens bei den schweren, den Idioten im eigentlichen Sinne, mit Hinzuziehung aller Hilfsmittel die Aetiologie, Klinik, Psychologie und Anatomie eine Zerlegung in zahlreiche, grossenteils streng voneinander geschiedene Gruppen vornehmen.

1. a) Zweifellos beruht ein Teil der Idiotiefälle auf mangelhafter Keimesanlage. Die schwersten Mißbildungsformen, wie Anencephalie und Amyelie, auch Zyklopie leben nur ganz kurze Zeit. b) Partielle Hirndefekte, wie Verschmelzung der Hemisphären, brauchen das Leben nicht erheblich zu beeinträchtigen. c) Vor allem weisen auch die nicht gerade sehr häufigen Hirne von etwas geringem Gewicht, abnormem, besonders sehr einfachem Windungstypus, vor allem Makrogyrie auf Anlagefehler hin. Solche Hirne, die einen Locus minoris resistentiae darstellen, können sehr wohl noch außerdem von entzündlichen Krankheiten betroffen werden.

2. Weitaus häufiger beruht die Hirnentwicklungsstörung auf krankhaften Prozessen, die besonders vom Gefäßsystem ihren Anfang nehmen. Am wichtigsten ist zweifellos die Encephalitis, die neben den typischen Fällen mit halbseitiger spastischer Lähmung, Schwachsinn und Neigung zur Epilepsie noch viele abweichende Formen aufweist. Die Entzündung kann vor und nach der Geburt auftreten. b) Die Mikrogyrie und Porencephalie sind wohl die Endzustände desselben Prozesses in verschiedenen Intensitätsgraden. Auffallend ist die vikariierende Hypertrophie bei frühzeitiger Verkümmerung einzelner Hirnteile. Selbst histologisch werde die Größenzunahme der Parenchymelemente nachgewiesen. c) Hydrocephalie ist bisweilen ein Anlagefehler, häufiger aber die Folge entzündlicher Vorgänge, meist im Plexus chorioideus, dem Ependym und den Meningen. Leichtere Grade von Hydrocephalie sind ungemein häufig.

3. Meningitis ist vielfach der Ausdruck einer ererbten Syphilis.

4. Ein ganz eigenartiger Prozeß ist die familiäre amaurotische Idiotie, die histologisch unter anderem fettige Entartung der Ganglienzellen erkennen läßt.

5. Die tuberöse hypertrophische Sklerose ist ebenfalls als ein degenerativer, nicht entzündlicher Prozeß aufzufassen.

6. Eine weitere Gruppe bildet die mongoloide Idiotie, die nicht nur durch den mongolischen Typus der Physiognomie, sondern auch durch Gelenkbiegsamkeit, eigenartige Zungenveränderung und Verkümmerung der kleinen Finger charakterisiert ist. Das Hirn zeigt einfachen Windungstypus.

7. Den Typus eines auf Autointoxikation beruhenden meist früh auftretenden Schwachsinns stellen die Fälle der thyreogenen Degeneration dar.

8. Epilepsie kommt bei $^1/_3$ der Idioten symptomatisch vor. Es gibt aber auch viele Fälle von genuiner Epilepsie im Kindesalter, die sekundären Schwachsinn hervorbringen.

9. Seltener sind die Fälle von Idiotie durch Hirntumor, dann die Idiotie polysarcique nach Bourneville, der gelegentliche Schwachsinn der Chondrodystrophie und die Fälle des sogen. Type Lorain, körperliche und geistige Entwicklungsverlangsamung durch Tuberkulose, Lues, Malaria und auf angiodysplastischer Grundlage.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

in Dresden am 28. und 29. April 1905.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Nach Eröffnung der Versammlung durch Herrn Moeli-Berlin und Begrüßung durch die Vertreter der Regierung, des Landes-Medizinal-Kollegiums, der Stadt Dresden und der ärztlichen Vereine folgte als 1. Punkt der wissenschaftlichen Tagesordnung das Referat von

1. Weygandt-Würzburg: **Über Idiotie.**

Wenn auch die Fragen der Idiotenfürsorge in erster Linie den Gegenstand des Referates bilden sollen, so soll der Begriff der Idiotie doch zuvor erörtert werden. Erst seit Esquirol die Gruppe das angeborenen Schwachsinns den erworbenen Schwachsinnsformen gegenüberstellte, kennt man eine Idiotie; gegenüber ihrer graduellen, klinisch-therapeutischen Abstufung muß jetzt indessen eine Gruppierung nach Ätiologie, Anatomie und Verlaufsweise vorgenommen werden. Eine streng abgeschlossene Gruppe bildet die sogen. familiäre amaurotische Idiotie (Tay und Sachs); ebenso die thyreogenen Schwachsinnsformen (Kretinismus, Chachexia thyreopriva, strumöser Schwachsinn). Idiotie auf Grund von Anlagemangel, unabhängig von Krankheitsprozessen, findet sich bei Mißbildungen (Anencephalie, Cyklopie usw.). Balkenmangel, Heterotopie der grauen Substanz kann ohne Schwachsinn bestehen; hierzu zählen noch Mikrocephaliefälle mit makrogyrem Typus. Häufig ist Idiotie entstanden auf Grund vaskulärer Störung; die Encephalitis kann sehr verschieden nach Zeit, Lokalisation und Intensität auftreten und selbst schwere Porencephalie zur Folge haben. Die Unterscheidung Bournevilles zwischen echter und Pseudoporencephalie ist nicht aufrecht zu erhalten. Auch die Makrogyrie ist in vielen Fällen Rest einer entzündlichen Affektion; je nach deren Ausdehnung kann es sogar zu vollständiger halbseitiger Atrophie des Großhirns kommen; auf derselben Basis beruhen die meisten Fälle von Hydrocephalie. Die Meningitis der Idioten beruht meist auf Syphilis; daneben trifft man infantile Paralysen in Idiotenanstalten. Diesen Gruppen gegenüber stellt die hypertrophische tuberöse Sklerose einen degenerativen Prozeß dar; das gleiche aber gilt von den mongoloiden Idioten, die besonders in England zu studieren sind. Epilepsie tritt sekundär bei $^1/_3$ aller Idioten auf, kann aber auch als genuine Epilepsie kindlichen Schwachsinn verursachen; Schädeltrauma spielt seltener als angenommen wird eine einwandfreie Rolle. Vortragender berührt die Verbindung mit chronischer Chorea, Athetose, Littlescher Krankheit, der Idiotie polysarcique und der angiodysplastischen Entwicklungshemmung, sowie Fürstners sensorieller Idiotie; abgelehnt wird der angeborene degenerative Schwachsinn bei anatomischer Intaktheit, die Frühformen der Dementia praecox, die Idiocy by deprivation. Hervorzuheben ist, daß zahlreiche Fälle trotz der von frühauf bestehenden Entwicklungsstörung doch noch beträchtliche Schwankungen im Verhalten zeigen, epileptische Zufälle, Erregungen, Wahnbildungen usw., was darauf hinweist, daß die Hirnprozesse noch keineswegs abgeschlossen sind; auch für ärztliche Behandlung verbleiben demnach noch eine Reihe von Angriffspunkten und Aufgaben. — Die Bearbeitung der vielen noch ungelösten Probleme ist erschwert durch die Eigenart der Fürsorge für die Idioten. Die ersten Anstalten wurden in Frankreich errichtet; im deutschen Sprachgebiete erst in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts und zwar auf Anregung von Ärzten und Lehrern, manche Idiotenlehrer haben noch nachträglich Medizin studiert. Später folgte die Errichtung von Wohltätigkeitsinstituten auf geistliche Anregung; seit den 90er Jahren werden die preußischen Provinzen angehalten, für Anstalten zu sorgen. Zurzeit hat Deutschland etwa 108 Anstalten, ungefähr die Hälfte davon steht unter geistlichem Einfluß, nur 21 sind staatlich oder städtisch und von diesen steht nur ein kleiner Teil unter ärztlicher Leitung. Von den etwa 150000 Schwachsinnigen Deutschlands sind etwa 23000 in Anstalten untergebracht, von diesen werden etwa 5000 unterrichtet, 8000 sind arbeitsfähig. So verdienstlich die Schaffung von Anstalten für Schwachsinnige war, so sind doch viele berechtigte Wünsche noch unerfüllt geblieben und manche Mängel verlangen noch dringende Abhilfe. Die behördliche Revision ist mancherorts sehr selten. In Frankreich liegt die Idiotenfürsorge

fast ganz in ärztlichen Händen. Bicêtre unter Bournevilles Leitung ist als eine Musteranstalt in jeder Hinsicht zu bezeichnen; in England, dessen Idiotenfürsorge ebenfalls unter ärztlichem Einflusse steht und über reiche Mittel verfügt, bestehen in Lancaster, Darent, Starcross usw. mustergültige Institute. In Deutschland kann für die vielen noch unversorgten Kinder eine ausreichende Fürsorge nicht durch Privatwohltätigkeit, sondern nur von staatlicher Seite geleistet werden. Vor allem ist die Durchführung des preußischen Gesetzes vom 11. Juli 1801 zu wünschen. Bei Neugründungen ist auf folgendes zu achten: Bildungsunfähige Schwachsinnige gehören unter allen Umständen unter ärztliche Leitung, was übrigens neuerdings auch von Pädagogen mehrfach anerkannt wurde; geistliche Leitung ist abzulehnen. Bildungsfähige, die vielleicht einmal selbst ihr Brot verdienen können, sind möglichst von den ersteren zu trennen, bei ihrer Behandlung liegt ein Hauptgewicht auf dem Elementar- und Handwerksunterricht. An größeren Anstalten für solche sollte jedoch ein Hausarzt dem Leiter koordiniert sein. Die erwachsenen, arbeits-, aber nicht entlassungsfähigen Idioten sind, ähnlich den verblödeten Irren, in Anstalten mit landwirtschaftlichem Betriebe zu behandeln. Der Schaffung besonderer Idiotenanstalten in praktischer Hinsicht vorzuziehen wäre bei der Gründung neuer Irrenanstalten die Einrichtung eines Appendix in der Art eines Vorwerks für 200 bis 300 Idioten. Die Übergang der Idiotenpflege in ärztliche Hände ist das Ergebnis jeder wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Gegenstande und entspricht am meisten dem Wohl dieser Kranken. (Eine Sammlung von Abbildungen dieser idiotirchen Hirne, mikroskopischer Präparates usw. illustriert das Referat.)

2. Kluge-Potsdam: **Über die Unterbringung und die Behandlung psychisch abnormer Fürsorgezöglinge.**

An 48 Insassen der beiden Potsdamer Provinzialanstalten für Epileptische und für Idioten sammelte Vortragender seine Erfahrungen. Bis auf wenige Ausnahmen betrafen es Fälle, die wegen antisozialer, verbrecherischer Handlungen oder wegen Prostitution in Fürsorgeerziehung gekommen, zunächst in Erziehungs-, Korrigenden- und Rettungshäusern untergebracht worden waren. Von da wurden sie wegen Schwachsinnes oder anderer Störungen den Potsdamer Anstalten zugeführt. Es ließen sich hier leicht Defekte, Hemmungen und Unregelmäßigkeiten des Vorstellungs- und Empfindungslebens feststellen und dabei zwei Gruppen von Schwachsinnigen unterscheiden: die mehr passiven und die aktiveren Elemente. Letztere, in der Mehrzahl befindlich, gestalteten die Behandlung anfangs recht schwierig, was zum Teil daran lag, daß die vorhergehende Behandlung in den Fürsorgeanstalten unsachgemäß gewesen war: Fast alle waren ohne Erfolg körperlichen, an Mißhandlung grenzenden Züchtigungen unterworfen worden. In der Anstalt des Vortragenden wurde dagegen auf Grund der genauen Erkenntnis der vorliegenden Defekte und Störungen ein psychiatrisches Behandlungsverfahren eingeschlagen, das auch besonders durch das rechtzeitige Bemerken der Erregungszustände, der Affektäusserungen und triebartigen Handlungen ermöglicht wurde. Unter beständiger vorbeugender Beaufsichtigung war es die individuell ausgesuchte Beschäftigung, die zu dem günstigen Enderfolge beitrug: bei den männlichen Pfleglingen besonders der Handfertigkeitsunterricht, aber nur wenn er den psychiatrischen Direktiven Rechnung trug. Disziplinierung erwies sich hierbei als umgehbar; früher noch vorgenommene vorübergehende Separierungen und Isolierungen hatten keinen nachhaltigen Effekt und wirkten auch auf die übrigen Pfleglinge nicht abschreckend; deshalb wurde davon abgesehen und bei sich zeigender Neigung zu assozialen Handlungen Bettruhe im Wachsaal verordnet. 6 weibliche, aus einem Stift für gefallene Mädchen aufgenommene Pfleglinge zeigten einen Schwachsinn mittleren Grades und hysterische Beeinflußbarkeit, die bei ihnen beobachteten Erregungszustände und hysterischen Anfälle standen offenbar unter dem Einflusse religiös-mystischer Bekehrungsprozeduren, die in ihrem früheren Aufenthaltsorte an ihnen vorgenommen worden waren. Diese Erfahrungen zeigen einmal die Notwendigkeit einer ärztlichen Mitwirkung bei der Fürsorgeerziehung, ja sie beweisen, daß dem Arzte die leitende und verantwortliche Behandlung der defekten und abnormen Kinder zukommt. Gegenüber den widerstrebenden Bemühungen der Pädagogen und Theologen ist mit Nachdruck zu betonen, daß sich der Arzt und Psychiater der kranken Kinder anzunehmen hat.

3. Meltzer (Großhennersdorf): **Der Arzt in der Schwachsinnigenfürsorge.**

Auf die Anstaltsfürsorge für Idioten hat in Deutschland von jeher die gemeinsame Verpflegung bildungsfähiger und -unfähiger, jugendlicher und erwach-

sener Elemente in einer Anstalt bezw. in einem Hause ungünstig gewirkt, nicht zum wenigsten auch auf die in letzter Zeit oft ventilierte Frage, wer am besten zur Leitung einer solchen Anstalt berufen sei. Anstalten mit vorwiegend bildungsfähigen schwachsinnigen Kindern haben mehr pädagogisches Interesse als medizinisches, ebenso wie die Hilfsschulen. Da es aber geschlossene Anstalten für Individuen sind, die vom medizinischen wie juristischen Standpunkte mehr zu den Geisteskranken zu rechnen sind, so ist die Anstellung eines Psychiaters an solchen Anstalten notwendig. Er ist verantwortlich für Wahrung und Durchführung psychiatrischer und hygienischer Prinzipien, die auch bei allen unterrichtlichen und erziehlichen Einwirkungen obenan stehen müssen. Er braucht aber nicht Leiter der Anstalt zu sein, es genügt, wenn er zu diesem in einem koordinierten Verhältnis steht. Diese Einrichtung hat sich in Sachsen, wo die Erziehungs- und Gefangenanstalten meist selbständige Medizinalbezirke bilden, bewährt und gewährt der Medizin den ihr gebührenden Einfluss. Mit einer solchen Stellung des Arztes in der Anstalt dürfte vorläufig auch den Interessen der psychiatrischen Forschung am besten gedient sein. Ein von Verwaltungsgeschäften und anderweiter ärztlicher Praxis befreiter Arzt kann sich mit voller Kraft den Aufgaben, die ihm auf psychologischen, psychiatrischem, anatomischen, therapeutischem Gebiete in reichlichem Maße gestellt sind, zuwenden.

Pflegeanstalten für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder oder der Erziehungsanstalt entwachsene Geisteskranke, die für das Leben außerhalb der Anstalt untauglich sind, haben keine pädagogischen Interessen mehr, sondern nur noch psychiatrische, sie sind daher einem Psychiater zu unterstellen.

Vortragender streift noch die Rolle, die die Medizin und Psychiatrie in der Entwicklung der Schwachsinnigenfürsorge gespielt hat, und stellt zum Schluß folgende Forderungen auf:

1. Es ist in Zukunft weiter auf eine scharfe Trennung der bildungsfähigen und bildungsunfähigen schwachsinnigen Kinder zu halten.

2. Die ersteren sind in Unterrichts- oder Erziehungsanstalten, die letzteren in Pflegeanstalten unterzubringen.

3. Für die Unterrichts- oder Erziehungsanstalten empfiehlt sich die Leitung durch einen Pädagogen, wenn die Verantwortung für Wahrung psychiatrischer und hygienischer Prinzipien einem Psychiater übertragen wird.

4. Die Pflegeanstalten, ebenso die sich ihnen am besten angliedernden Kolonien für erwachsene, anderweit nicht unterzubringende Geisteskranke, sind der Leitung eines Psychiaters zu unterstellen.

4. Hess (Görlitz): **Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen.**

Vortragender bespricht die Organisation und den Betrieb des von Kahlbaum begründeten ärztlichen Pädagogiums in Görlitz, in dem Patienten verschiedenster Nationalität im Alter von 10—25 Jahren neben der psychiatrischen Behandlung wissenschaftlichen und praktischen Unterricht erhalten. Ziemlich alle Psychosen im ruhigen Stadium außer Paralyse und schwerster Idiotie bieten brauchbares Material. Von besonderer Wichtigkeit sind die moralischen Defektzustände ohne grobe intellektuelle Störungen. Von dem angeborenen „moralischen Schwachsinn“ ist die erworbene moralische Defektuosität zu unterscheiden, die von Kahlbaum als Heboidphrenie beschrieben wurde und sich durch günstigere Prognose auszeichnet, ja vielfach zur Heilung gelangt. Die hierher gehörigen Patienten, bei denen Abschwächung, aber auch hohe Entwicklung der Intelligenz vorhanden sein kann, kommen in der Regel wegen Verfehlungen auf ethischem Gebiet in psychiatrische Behandlung. Häufig ist die Heboidophrenie die Ursache von Alkoholismus, Prostitution, Verbrechertum; bei allen jugendlichen, scheinbar „strafeinsichtigen“ Verbrechern muß an Heboidophrenie gedacht werden und an die Stelle der nutzlosen und schädlichen Strafe die Erziehung treten: Alkoholabstinenz, strenge Disziplin, aber keine Weltabgeschlossenheit, keine „Strafen“ im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Der eigentliche Unterricht soll dort fortfahren, wo der Patient auf der Schule abgebrochen hat. Unterrichtsziel ist die Ablegung eines Examens (Einjähriges, Abiturium) oder Rückkehr zur Schule in eine höhere Klasse oder Übergang in einen praktischen Beruf. Die Dauer der Pädagogiumerziehung bei Heboiden beträgt etwa 2 Jahre; ein Teil wird während eines weiteren Jahres in geeigneten kaufmännischen, technischen, landwirtschaftlichen Betrieben als Volontär beschäftigt. Neben Erfolgen natürlich Mißerfolge, wo man sich damit begnügen muß, die Patienten zu passablen Anstaltspfleglingen, die den

Zusammenhang mit der Welt nicht ganz verlieren, oder zu unschädlichen Rentnern zu erziehen. Bei vielen hervorragenden Personen auf künstlerischem und wissenschaftlichem Gebiet lassen sich in den Entwicklungsjahren heboidophrene Störungen nachweisen. Zur Illustration seiner Ausführungen gibt Vortr. kurz die Krankengeschichte eines Heboidophrenen wieder, der in seinem 17. bis 19. Lebensjahre von Kahlbaum behandelt wurde und jetzt seit Jahren eine Universitätsprofessur bekleidet.

5. Tippel (Kaiserswerth): **Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.**

Vortr. schildert die Verhältnisse in der ihm unterstellten Anstalt Kaiserswerth, wo eine Sonderung der psychopathischen von den anderen Zöglingen vorgenommen wird; die Zahl der ersteren ist bei ihm im Vergleich zu der in den anderen Anstalten des Rheinlandes auf Grund einer Umfrage angegebenen relativ gross, was Vortr. darauf zurückführt, daß dort die Unterscheidung der normalen von den pathologischen Individuen mangels psychiatrischer Bildung der Anstaltsleiter nicht richtig getroffen werden kann. Er fordert deshalb einen dem Leiter beigeordneten Psychiater.

An der lebhaften Diskussion über das Referat Weygandt und die anschließenden Vorträge beteiligen sich die Herren Binswanger, Tuczek, Anton, Siemens, Jenz, Kreuser, Neisser, Pelmann, Moeller, Seelig.

In derselben wird vor allem eine „Denkschrift der Leiter deutscher Idiotenanstalten“ besprochen; diese Schrift, von Nichtärzten verfasst, enthält unter Entstellung ärztlicher Aussprüche und Anführung zahlreicher unrichtiger oder tendenziös entstellter Tatsachen Angriffe gegen die Psychiater; sie sucht deren Mitarbeit an der Idiotenbehandlung als überflüssig hinzustellen zugunsten des pädagogischen und geistlichen Elementes. Ferner werden von verschiedenen Rednern Bedenken erhoben gegen die von Herrn Meltzer vorgeschlagene Trennung der Idioten in bildungsfähige und -unfähige. — Im Schlußwort betonen die Herren Weygandt und Meltzer, daß die sächsischen Erziehungsanstalten für Schwachsinnige mehr als Hilfsschulen denn als Idiotenpflegeanstalten zu betrachten sind; die letzteren stehen schon jetzt unter ärztlicher Leitung. Am wichtigsten gegenüber den Vorstössen der Pädagogen und Theologen ist das persönliche Wirken des einzelnen Arztes und das aufklärende Verhalten der Psychiater den maßgebenden Stellen und Behörden gegenüber.

Zum Schluß wird ein Antrag Anton angenommen, der einen Ausschuss zur fortgesetzten Behandlung der Fragen der Idiotenforschung und -Pflege einsetzt; in denselben werden gewählt die Herren Weygandt, Anton, Tuczek, Moeller. Ferner wird eine von Herrn Siemens eingebrachte Resolution einstimmig angenommen, des Inhalts, daß der Verein im Hinblick auf die fortgesetzten Bestrebungen, die Leitung der Idioten- und Epileptikeranstalten den Nichtärzten vorzubehalten, erklärt, nach wie vor auf dem Boden seiner Frankfurter Beschlüsse vom Mai 1893 zu stehen, die insbesondere besagten, daß derartige Anstalten, sobald sie nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehen, als „zur Bewachung, Kur und Pflege dieser Kranken“ geeignete Anstalten im Sinne des preußischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 nicht betrachtet werden können.

III. Neue Bücher.

Marfan: **Leçons cliniques sur la diphthérie et quelques maladies des premières voies.** Paris, Masson & Co.

M. bringt in diesen klinischen Vorlesungen eine leicht verständliche und erschöpfende Darstellung der Diphtherie und bespricht besonders eingehend die Differentialdiagnose und die für diese in Betracht kommenden Erkrankungen. Er ist ein ausgesprochener Anhänger des Heilserums, dessen Wirkungsweise er nach dem heutigen Stand der Wissenschaft darzustellen sucht. Für die Behandlung der Larynxstenose zieht er die Intubation vor. Schreiber (Göttingen).

H. Phipps: **First annual report of the Phipps Institute for the study, treatment and prevention of tuberculosis.** Philadelphia.

Der Jahresbericht bringt eine Beschreibung des Institutes sowie eine statistische Übersicht über die daselbst behandelten Patienten; ferner eine Mitteilung über einen Fall von Tuberkulose mit Bronchiektasenbildung, einen Bericht über das Sanatorium Saranac Lake N. Y., eine Mitteilung von Osler über die Sanatoriumbehandlung der Tuberkulose, eine Darstellung der pathologischen Anatomie der Tuberkulose von Woodhead, einen Bericht über die staatlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose in N. Y. von Biggs, sowie eine Mitteilung von Maragliano über den heutigen Stand der Serumtherapie der Tuberkulose. Auf Einzelheiten kann hier bei dem reichhaltigen Material nicht eingegangen werden.

Schreiber (Göttingen).

Criado y Aguilar: **Traité théorique et pratique des maladies de l'enfance.** Paris, Doin. (Übersetzung aus dem Spanischen.)

Die ersten Abschnitte dieses Buches, welche die Physiologie, Pathologie, Hygiene, allgemeine Therapie, sowie die Erkrankung der Neugeborenen behandeln, sind entschieden die besten, und finden sich in gleicher Ausführlichkeit nur in wenigen deutschen Lehrbüchern der Kinderheilkunde. Dagegen kommen die Erkrankungen des späteren Kindesalters m. E. nach zu kurz, besonders die Erkrankungen des Verdauungstraktus und der Harnorgane. Die Therapie weicht doch in manchen Punkten von der in Deutschland üblichen ab. Aus der ganzen Darstellung erkennt man, daß der Verf. aus einer reichen Quelle von Erfahrungen schöpft. Es ist daher nicht zu bezweifeln, daß sich das Buch auch in Deutschland Anerkennung erwerben wird. Schreiber (Göttingen).

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Andreas, K., Ein Fall von Luxatio humeri retroglenoidalis congenita (Leipzig). — **Beck, E.**, Über Scharlachrezidive (Leipzig). — **Bernhard, G.**, Anginen, Scharlach und Gelenkrheumatismus im Anschluß an die Entfernung hyperplastischer Rachenmandeln und andere Operationen in den oberen Luftwegen (Rostock). — **Ebbinghaus, J.**, Über den Verlauf der Geburt bei Riesenwuchs der Kinder (Leipzig). — **Friedrich, K. A.**, Sarkomatose der Bronchialdrüsen im Kindesalter (München). — **Gärtner, K.**, Beitrag zur Kasuistik des Hydrops foetalis (Leipzig). — **Hackländer, Fr.**, Zur Psychotherapie der Enuresis nocturna (München). — **Hardt, A.**, Pleuraempyem und allgemeiner, akuter Pneumothorax beim Kinde (Heidelberg). — **Hauser, H.**, Untersuchungen über den Vakzinerreger (Freiburg i. B.). — **Kundt, W.**, Über Myotonia congenita (Leipzig). — **Langenkamp, W.**, Über die Ätiologie der Mißbildungen der weiblichen Genitalorgane (Gießen). — **Mannel, E.**, Ein Fall von Myotonia congenita (Thomsensche Krankheit), verbunden mit progressiver Muskeldystrophie (Kiel). — **Mertens, Th.**, Kongenitale Fisteln und Zysten des Halses (Leipzig). — **Möhring, C.**, Über ein seltenes Symptomenbild bei angeborenem Herzfehler (Berlin). — **Piwowarski, J.**, Über einen seltenen Fall von malignem Ovarialtumor bei einem Kinde (Breslau). — **Reiche, A.**, Über abnorme paralytische Kontrakturen an der unteren Extremität nach spinaler Kinderlähmung (Freiburg i. B.). — **Riebes, W.**, Über die Leukozyten bei der Säuglingsatrophie nebst eigenen Leukozytenzählungen an zwei atrophischen Kindern (Freiburg i. B.). — **Roth, E.**, Über die chirurgische Behandlung der Darminvagination im Kindesalter (Freiburg i. B.). — **Schönebeck, J.**, Beiträge zur Kenntnis der Halsrippen (Straßburg). — **Steinharter, St.**, Über Fistula colli lateralis congenita (München). — **Strauß, H.**, Über Koinzidenz von Masern und Diphtherie (Straßburg). — **Süpfle, L.**, Beiträge zur Kenntnis der Vakzinekörperchen (Heidelberg). — **Venzke, J.**, Beitrag zur Kenntnis der Scharlachnephritis (München). — **Wiedel, P.**, Über einen Fall von geschwürig zerfallenem Gummi im Kehlkopf bei einem kongenital-syphilitischen Kinde von 6 Monaten (Berlin). — **Wiegand, K.**, Kryptogener Retroperitonealabzeß beim Kind (München). — **Wittenberg, W.**, Über den Epignathus und seine Genese (Berlin).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Marburg), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. W. GABEL (Lemberg), Dr. GERMAN (Göttingen), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Dr. HARTUNG (München), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Dr. LEO JACOBI (New York), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Göttingen), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. H. WALBAUM (Göttingen), Dr. WENTZEL (Zittau), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

X. Jahrgang. November 1905. Nr. 11.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

Fortsetzung des Inhaltes. Seite

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Monats-Chronik. — V. Personalien.

Scotts Emulsion

aus feinstem
Norwegischen Medizinal-Lebertran
mit Kalk- und Natronhypophosphiten.


Schutzmarke

Durch das Scottsche Verfahren ist es gelungen, den Lebertran nicht nur durch Emulgierung leicht verdaulich zu machen, sondern auch haltbar, so daß ein Ranzigwerden des Tranes nicht mehr zu befürchten ist, — Vorzüge, die das Verordnen von Lebertran in Form von Scotts Emulsion selbst während der heißen Jahreszeit ermöglichen.

Scotts Emulsion wird auch im Sommer selbst vom schwächsten Organismus vertragen und eignet sich aus diesem Grunde vorzüglich für die Kinderpraxis.

Für praktische Versuche liefern wir den Herren Ärzten eine große Probeflasche gratis und franko. Man wende sich an

Scott & Bowne
G. m. b. H.
Frankfurt a. M.

Bestandteile: Feinster Medizinal-Lebertran 150,0, prima Glycerin 50,0, unterphosphorigsaurer Kalk 4,3, unterphosphorigsaures Natron 2,0, pulv. Tragant 3,0, feinster arab. Gummi pulv. 2,0, destill. Wasser 129,0, Alkohol 11,0. Hierzu aromatische Emulsion mit Zimt-, Mandel- und Gaultheria-Öl je 2 Tropfen.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. November 1905. No. 11.

I. Originalbeiträge.

Beitrag zur Therapie der Skoliose.

Von

Dr. **Wilhelm Gabel** in Lemberg.

Es war vorauszusehen und ist auch tatsächlich eingetroffen, daß die durch die neueren Forschungsergebnisse ins ungeahnte sich ausdehnende Schaffungsmöglichkeit, und damit zusammenhängend hervorgerufener Schaffungstrieb operativer Chirurgen sich auch auf andere, nicht direkte, den operativen Eingriffen unterworfene Zweige der Chirurgie ausbreiten, neues dort erzeugend oder die alten Ansichten im Lichte moderner Anschauungsweise korrigierend, dieselben in richtiger Form erneuert zur Geltung bringen würde. So kam es, daß auch ein frischer Wind durch die Lehren der orthopädischen Chirurgie ging, gar manche Idee, manche Anregung zum Vorschein bringend. Demgemäß ist auch das therapeutische Können moderner Orthopäden gewaltig gewachsen und manches, früher als unheilbar geltende Leiden läßt sich durch richtiges Anwenden neuer therapeutischer Errungenschaften in seinen unangenehmsten Symptomen mildern, sehr oft heilen. Fangen wir oben an, so schreibt Hoffa,[1]) so bietet unseren modernen Hilfsmitteln die Heilung eines Caput obstipum keine Schwierigkeit mehr; der Spondylitis vermögen wir in den meisten Fällen mit Erfolg entgegenzutreten; die schwersten Kontrakturen der Gelenke an der oberen und unteren Extremität vermögen wir zu strecken; ein Genu valgum oder varum zu heilen, halten wir für eine leichte Mühe; die schwersten Klumpfüße selbst erwachsener Patienten werden unter unseren Händen in relativ kurzer Zeit beseitigt, und die Behandlung der Plattfüße ist eine unserer dankbarsten Aufgaben geworden. Die, lange Zeit unseren Bemühungen widerstrebenden angeborenen Verrenkungen haben wir mit Erfolg in den Bereich unserer Behandlung zu ziehen gelernt; gelähmte Glieder können wir durch zweckmäßige Apparate wieder funktionsfähig machen; völlig verlorengegangene Extremitäten vermögen wir durch brauchbare künstliche Glieder zu ersetzen.

Wenn man noch die Erstaunen erregenden Bemühungen Calots[2])

---

[1]) Hoffa, Das Problem der Skoliosenbehandlung. Berliner klin. Wochenschrift. 1897. No. 4.

[2]) Calot, Über die Behandlung des Malum Potii und der schweren Skoliosen. Vortrag am intern. med. Kongreß. Moskau 1897.

über Redressement kyphotischer Buckel in Betracht zieht, so ergibt sich ein weiter Horizont therapeutischen Schaffens moderner Orthopäden. In einem gewissen Gegensatz zu den soeben erwähnten Erfolgen stehen die Schwierigkeiten, mit denen man bei der Bekämpfung des, leider zu den häufigsten gehörenden Leidens, der Skoliose, zu kämpfen hat, obgleich hervorgehoben werden muß, daß in letzter Zeit auch hier wesentliche Fortschritte zu verzeichnen sind. Die recht triste Prognose bei schweren Formen fixierter Skoliose wurde durch die Einführung des Detorsionsverfahrens (Hoffa), welches vorzüglich eine Mobilisierung der Wirbelsäule auf passivem Wege mit Fixation der überkorrigierten Haltung im Gipsverbande bezweckt, wesentlich gebessert; Schanz[1]) schlug, ermutigt durch Calots Erfolge, das Skoliosenredressement vor, dessen Erfolg nach seiner Angabe bei weitem alles übertrifft, was bisher als die höchste Korrektionsmöglichkeit der skoliotischen Deformitäten galt, und das bei richtiger Ausführung der Kur Dauerresultate hinterläßt.

Trotz alledem ergibt die Therapie beim ersten Stadium, im Stadium der nicht fixierten Skoliose, wo jede Krümmung noch durch den Kranken selbst (Schildbach) bezw. durch Suspension (Hoffa) ausgeglichen werden kann, die besten Erfolge; die besten darum, weil man durch Studium der Ursachen der Entstehung des Leidens und dieselben eliminierend, den wichtigsten und ausschlaggebendsten schädigenden Faktor lahmlegen kann.

Über die Ursache der Entstehung der Skoliose schrieb 1865 Fahrner[2]): Die erste Bewegung des Kindes, mit der es die normale Stellung verläßt, ist ein Strecken des Kopfes nach vorne und links und diese anscheinend unbedeutende Bewegung ist die Wurzel alles Übels. Der Schwerpunkt des Kopfes wird dadurch nämlich über den vorderen Rand der Wirbelsäule geschoben, nun müssen ihn die Nackenmuskeln halten, während sie ihn bei gerader Stellung leicht balanzieren konnten, dadurch ermüden die Nackenmuskeln, überlassen ihre Arbeit den Rückenmuskeln u. s. f. in der bekannten Weise, bis nach 2—3 Minuten der Kopf auf den linken Arm sinkt und die Augen nur 8—10 cm von der Schrift entfernt liegen."

Seit dieser Zeit sind eine Menge Theorien über die Entstehung der Skoliose aufgestellt worden, ein jedes Organ wurde für die Entstehung des Leidens verantwortlich gemacht. Doch alle Theorien wurden durch die Roser-Volkmansche Belastungstheorie verdrängt, nach welcher die seitliche Rückgratsverkrümmung Folge von ungleichmäßiger Belastung der Wirbelsäule ist. Hauptsächlich wirkt diese ungleichmäßige Belastung schädlich während des Schreibens, so daß Lorenz von der Skoliose als einer professionellen Erkrankung spricht.

So kam man auf langen Umwegen auf die ursprüngliche Ansicht zurück. „Längerdauernde Linksneigung des Kopfes zieht notwendigerweise rechtskonvexe Ausbiegung der Brustwirbelsäule, also eine skoliotische Schreibehaltung nach sich", schreibt Lorenz.[3]) Aber auch

---

[1]) A. Schanz, Das modellierende Redressement schwerer Skoliosen. Deutsche med. Wochenschrift. 1899. No. 22.

[2]) Fahrner, Das Kind und der Schultisch. Zürich 1865.

[3]) Lorenz, Rückgratsverkrümmungen. In Realenzyklopädie. 1899. S. 104.

sekundär, wie dies Kocher und Schenk nachgewiesen haben, ist die Haltung des Kopfes Ursache der Skoliose, indem das schreibende Kind durch eine bestimmte Haltung des Rumpfes die Stellung seines Kopfes möglichst bequem zu gestalten sucht. In jedem Falle ist die Stellung des Kopfes, und zwar die Seitenbeugung desselben, das primum movens, dem dann die weiteren Konsequenzen nachfolgen.

Indem nun diese ursächlichen Momente klargelegt wurden, ging man daran, diese Schädlichkeiten zu eliminieren, mit anderen Worten: dem Kinde eine korrekte und richtige Schreibehaltung beizubringen. Drei Punkte waren es, worauf man Rücksicht nahm: Erstens die Form der Schulbänke, zweitens die Stellung der Wirbelsäule, drittens die Lage des Kopfes.

Was den ersten Punkt anlangt, so fordert man eine entsprechende Dimensionierung der Schulbank mit Einhaltung der sogen. negativen Distanz beim Schreiben, positiven beim Antworten.[1]) Zweitens hat man auf die Stellung der Wirbelsäule selbst das Augenmerk gerichtet. Hier verdient in erster Reihe die Einführung der sogen. Reklinationslage von Lorenz hervorgehoben zu werden. Man fordert vom Kinde eine gerade Haltung, welche jedoch die ermüdendste Körperhaltung ist. Um dem Oberkörper Ruhe und Erholung zu bieten, führte Lorenz die Reklinationslage ein, kombiniert mit geneigter hoher Schulterlehne, wobei der obere Teil der Lehne eine Neigung von wenigstens 10° nach rückwärts haben soll. Ferner gehören hierher die sogen. Geradehalter, wie sie schon im Jahre 1853 durch Schreber[2]) angegeben wurden. Durch Anlegen einer Querleiste an das Schlüsselbein sollte das Vorneigen des Schreibenden verhütet werden. Ebenso wollte man durch Fixierung der Schultern, sei es durch Achselbänder oder durch Achselhaken (Kuhn in Aachen), die Geradhaltung während des Schreibens erzwingen.

Als ein sehr wichtiges therapeutisches Agens bei der Erzielung einer Geradhaltung gilt die Behebung der bestehenden Muskelschwäche durch rationelles und konsequent durchgeführtes Turnen, wobei speziell auf die Ausbildung der Rückenmuskeln Rücksicht genommen werden muß (Schreber, Hausgymnastik).

Die nach dem ununterbrochenen Tragen der Korsetts auftretende Atrophie der Muskulatur hat dazu geführt, diese Art der Behandlung bloß für schwere Fälle fixierter Skoliose zu reservieren, andererseits die Korsetts auch dann nicht längere Zeit am Körper zu belassen, sondern, indem man sie abnehmbar macht, durch eingeschobene Turnübungen der eventuell sich entwickelnden Muskelschwäche entgegen zu wirken. Was einigermaßen auffällt, ist, daß um die Stellung und Haltung des Kopfes, ein Moment, welches nach Ansicht aller Forscher als das wichtigste und ausschlaggebendste, als das primum movens in der Entstehungsfrage der Skoliose zu betrachten ist, daß man sich um diesen Umstand verhältnismäßig wenig kümmerte. Ausgenommen die Schreibkrücken von Dr. Heffter, die Sonnecken-

[1]) Lorenz, Die heutige Schulbankfrage. Wien 1888.
[2]) Schreber, Die schädlichen Körperhaltungen und Gewohnheiten des Kindes. Leipzig 1853.

schen sogen. Kinnstützen und das von Kallmann (Optiker in Breslau) angegebene Durchsichtsstativ, sind keine Apparate zu verzeichnen, welche die richtige Lage des Kopfes veranlassen sollen.

Die Schreibkrücken sollen durch einen hinter dem Kinne eingeschobenen Stab das Vorneigen des Kopfes verhindern. Dieselben sind entweder gar nicht an den Tisch befestigt, die Schwere des Kopfes soll die Lage fixieren, oder haben einen Stachel zum Einstechen in die Bank. Sie sind jetzt ganz außer Gebrauch.

Der Sonneckensche Kinnstützer wird mit einer Feder am unteren Tischrande befestigt und hat am anderen Ende eine ovale Platte, welche das Kinn stützen soll. Doch ist die Befestigung keine exakte und kann der Apparat vom Kinde selbst leicht in eine falsche Stellung gebracht werden.

Das Kallmannsche Durchsichtsstativ endlich besteht aus einem querovalen, der Fläche nach gebogenem Ring, der mit Kautschuk überzogen ist und an einem senkrechten Stabe auf- und abschraubbar ist.

Wenn man nach den oben entwickelten Gesichtspunkten daran geht, die Kriterien eines richtigen Apparates zur Erlangung der Geradhaltung festzustellen, so müßte derselbe folgenden Forderungen entsprechen:

1. Muß die durch den Gebrauch des Apparates hervorgerufene Geradhaltung Endeffekt aktiver Muskeltätigkeit sein, dasselbe also hervorrufen, was durch gymnastische Übungen — Turnen — bezweckt wird.

2. Muß der Thorax vollkommen frei von jedem Drucke sein, um der gefürchteten Inaktivitätsatrophie der Rückenmuskel einerseits zu begegnen, andererseits um die normale Thoraxentwicklung nicht zu hemmen.

3. Muß der Kopf in seiner richtigen physiologischen Lage festgehalten werden, das ist balanzierend, und zwar wiederum als Endeffekt aktiver Muskeltätigkeit; es müssen die schädlichen Seitwärtsbewegungen des Kopfes hintangehalten werden, speziell während des Schreibens.

4. Muß der Apparat derartig sein, daß dessen richtiges Funktionieren jederzeit nicht nur durch den Träger, sondern auch durch die Umgebung, wie Lehrer, Eltern, kontrolliert werden kann.

5. Da die durch den Apparat hervorzurufende aktive Muskeltätigkeit, insbesondere während des Schreibens, darauf hinzielt, eine aktive Geradhaltung zum Endeffekt zu haben, diese Geradhaltung aber, wie Lorenz nachgewiesen, sehr anstrengend ist, mehr noch als das stramme Stehen, muß dieser Apparat solcher Art sein, daß er bis zur Gewöhnung an die richtige Haltung jederzeit abgenommen und aufgesetzt werden kann, um dem Kinde eine Pause darbieten zu können.

6. Mit Rücksicht ferner darauf, daß das Schreibgeschäft, wenn auch das wichtigste, doch nicht das einzige schädliche Agens in der Ätiologie der Skoliose bildet, vielmehr auch notwendig ist, daß die Kinder sich auch ansonsten, beim Spielen, in den freien Minuten

während des Unterrichts, die gerade Haltung angewöhnen, muß der Apparat derart sein, daß er auch außerhalb der Schulstunden, das ist also jederzeit, benützt werden kann.

7. Schließlich darf er nicht zu teuer sein, damit jede Familie denselben sich anschaffen kann.

Die eingangs aufgezählten Arten, die Skoliose zu verhüten oder in den Anfängen zu heilen, haben das Mißliche, daß kein einziger Vorschlag allen diesen hier angeführten Punkten entspricht. Abgesehen von den Bestrebungen, richtige Subsellien zu konstruieren, die eigentlich nicht in den Rahmen vorliegender Erörterung hineingehören, wäre in erster Linie die von Lorenz eingeführte Reklinationslage zu berücksichtigen. Darüber schreibt Hoffa[1]): „Gewährt aber die Reklinationslage beim Schreiben eine befriedigende Körperhaltung, so kann diese dann wieder in Frage gestellt werden, wenn das Kind die früher übliche Schräghaltung des Heftes und die Schrägschrift behält. Wir haben ja gesehen, daß diese Schräghaltung des Heftes eine seitliche Neigung des Kopfes mit sich bringt, welche wiederum Verkrümmungen der Wirbelsäule nach sich zieht. Die seitliche Neigung des Kopfes muß daher beseitigt werden.“ Wenn auch die Reklinationslage allen anderen Forderungen entspräche, der eine wichtigste Punkt bleibt unberücksichtigt; doppelt wichtig, weil ja die seitliche Neigung des Kopfes allen anderen Symptomen vorangeht und diese gewissermaßen erst provoziert. Die Geradehalter sind für dieses erste Stadium der Skoliose im Gebrauch verlassen, denn entweder üben sie einen Druck auf den Thorax oder, wie es insbesondere die portativen Apparate machen, haben Atrophien der Rückenmuskeln im Gefolge. Auch haben sie auf die Stellung des Kopfes gar keinen Einfluß. Von den sogen. Schreibkrücken und Kinnstützen abgesehen, deren Unzweckmäßigkeit hervorgehoben wurde, wäre noch das Kallmannsche Durchsichtsstativ von dem Standpunkt der erwähnten notwendigen Prämissen zur Konstruktion eines richtigen Geradehalters zu betrachten. Wie man dieses Durchsichtsstativ an allen, also auch alten Subsellien, d. h. solchen, die eine horizontale Plusdistanz besitzen, anbringen kann, und der Schreibende dabei noch eine normale aufrechte Körperhaltung einhält, ist nicht recht verständlich; denn wenn es auch richtig ist, daß beim Gebrauch dieses Durchsichtsstativs selbst bei alten Subsellien das Kind die skoliotische Haltung mit der Seitwärtsbeugung des Kopfes nicht annehmen kann, vorfallen muß es doch, und damit gerät es in eine leicht kyphotische Haltung, also in eine Haltung, die der geforderten aufrechten Sitzhaltung gerade entgegengesetzt ist.

Der Gebrauch also dieses Stativs setzt richtig konstruierte Subsellien voraus, und die sind nicht überall zu haben.

Abgesehen davon, daß der Apparat naturgemäß nur während des Sitzens zu gebrauchen ist, steht der allgemeinen Einführung dieses Stativs der hohe Preis (6 Mark per Stück) im Wege.

Das Kind soll also jederzeit die normale gerade Haltung einnehmen, das ist diese Lage, wo der Rumpf und Kopf senkrecht nach

---

[1]) Hoffa, l. c. S. 385.



oben geht; diese Lage, wo die Achse des Körpers, die von der Mitte des Scheitels gehend das Ohr dicht hinter dem Kieferwinkel passiert, auf einer queren frontalen Verbindungslinie der Hüftgelenke senkrecht steht. In dem Momente, in welchem der Kopf eine Bewegung, sei es seitlich oder nach vorne, macht, steht die Achse nicht mehr senkrecht, sondern in einem schiefen Winkel, dessen verschiedene Größe der Intensität der Bewegung entspricht.

Denkt man sich aber in der Mitte des Scheitels, in der Verlängerung der Achse des eine normalgerade Haltung einnehmenden Körpers, einen Gegenstand, gewissermaßen einen Pegel, so wird die Bewegung des Pegels uns die Neigung oder Biegung des Kopfes um so deutlicher veranschaulichen, je mehr derselbe genau in der Achse des Körpers liegt. Auf diesen Grundprinzipien basierend wird zur Erzielung einer normal geraden Haltung des Schreibenden eine Vorrichtung angeregt, die ich am besten den „portativen Kopfapparat“ benennen möchte. Es ist eigentlich ein Mißbrauch mit der Bezeichnung „Apparat“, denn diese Bezeichnung setzt einen Mechanismus voraus, der aber hier vollkommen fehlt.

Zur Konstruktion des Apparates sind notwendig: ein Tuch, beiläufig in der Größe der gebräuchlichen Taschentücher, und ein ca. 15 cm langes, 10 cm breites, kleinfingerdickes Buch oder Pappendeckel oder Brettchen. Macht man nun aus dem Tuch einen Ring, gibt ihn auf den Scheitel des Kopfes, und zu oben auf das Brettchen, dessen Mitte in der Verlängerung der Achse des Körpers liegen soll, so ist der portative Kopfapparat für den Gebrauch fertig. Es handelt sich darum, dieses Brettchen als Pegel eben zu benützen, der uns die seitliche Neigung des Kopfes dadurch zeigen soll, daß er sich neigt bis er schließlich vom Kopfe herunterfällt.

Genauere Angaben über die Größe des Tuches oder des Brettchens zu machen ist ebensowohl überflüssig als auch unmöglich. Der Ring muß ziemlich groß sein, damit er bequem zu beiden Seiten der Pfeilnaht sitzen soll, er muß sich in seiner Größe der Schädelgröße anpassen und man kann durch Probieren die passendste Größe bald herausbekommen. Das Buch oder Brettchen darf nicht zu schwer sein, andererseits aber nicht zu leicht, damit es keinen Druck ausüben soll, aber auch durch den beim Gehen oder Laufen erzeugten Luftstrom nicht weggeblasen wird. Am besten ist die Schwere von 150—200 g. Auch hier wird man durch Ausprobieren bald das Passendste finden.

Wenn man nun diesen — portativen Kopfapparat — unter dem Gesichspunkte der erwähnten Eigenschaften eines Geradehalters prüft, so ergibt sich:

1. Der Apparat bezweckt nichts anderes als Geradhaltung des Kopfes und des Rumpfes, welche in diesem Falle nur durch die aktive Muskelkraft hervorgerufen werden kann.

2. Der Thorax ist von jedem Drucke frei, nicht nur das: bei der aufrechten erhobenen Kopfhaltung wird unwillkürlich die Brust vorgestreckt, die Schultern fallen nicht vor, alle Schädlichkeiten, die einen Druck auf die obere Brustapertur ausüben könnten, fallen weg, so daß sich der Thorax frei entwickeln kann. Zudem kommt

die nach allen Richtungen hin ungehinderte Bewegung der Arme bei steter normaler Schulterhaltung.

3. Der Kopf muß stets balanzieren. In dem Moment, wann der Kopf diese Stellung verläßt, neigt sich das Brettchen, schließlich fällt es zu Boden. Die Seitwärtsbewegungen sind ganz aufgehoben, ebenso die Neigung des Kopfes, also verhindert die Benützung des Apparates die Anfänge der Skoliose.

4. Die Fixierung des Apparates geschieht automatisch, indem schon der den Apparat Benützende selbst die richtige Lage herausfindet, sie wird durch den Träger leicht kontrolliert, und sie muß stets kontrolliert werden, weil sonst gleich der Apparat zu funktionieren aufhört, d. h., weil sonst das Brettchen zu Boden fällt. Auch die Umgebenden können durch einen Blick die horizontale Lage des Brettchens kontrollieren.

5. Es ist zweifellos, daß die Benützung dieser Vorrichtung an nicht Gewöhnte in der ersten Zeit große Ansprüche stellen dürfte, da ja, wie Lorenz nachgewiesen, die gerade Sitzhaltung anstrengender ist als das gerade Stehen. Es ist ja aber die Möglichkeit geboten, entweder die Reklinationslage mit dem „portativen Kopfapparat" zu kombinieren, das ist, daß man die Seitenneigung des Kopfes in der Reklinationslage verhindert, oder es kann der Apparat jederzeit herabgenommen werden um dann wieder aufgesetzt zu werden, also eine Erholungspause kann eintreten. Es bedarf zu dieser Unterbrechung weder einer Arbeit noch Anstrengung. In südlichen Ländern, wo das Tragen schwerer Lasten am Kopfe sehr häufig zu beobachten ist, kann man bemerken, was die Übung und Gewöhnung ausmacht. Mit anderen Worten: Es ist zweckmäßiger, die gymnastische Übung durch den ganzen Tag mit Unterbrechungen und Pausen bewerkstelligen zu lassen, als eine Stunde im Tage zu turnen und den Rest ohne Kontrolle in der gewohnten falschen Haltung zu verharren.

6. Anschließend daran ist auch die Forderung leicht zu erfüllen; der Apparat kann jederzeit in Anwendung kommen und an allen Orten, sei es während des Spielens, Herumlaufens oder Arbeitens. Es können immer Pausen eingesetzt werden; dabei lernen die Kinder stets eine aufrechte Haltung einzuhalten, eine Haltung, die wie oben erwähnt, automatisch reguliert wird.

7. Der Kostenpunkt ist gleich Null.

II. Referate.

Meyerowitz (Königsberg), Über Skoliose bei Halsrippen. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 46. Heft 1.) M. bespricht in längerer Auseinandersetzung den Zusammenhang zwischen Skoliose und Halsrippe und kommt zu der Ansicht, daß sowohl bei einseitigen wie doppelseitigen Halsrippen mechanische Momente die Skoliose verursachen, und daß die Verkrümmung nicht als reflektorische aufzufassen sei, wie dies von anderer Seite geschehen ist.

Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

J. Kopits, Über die Methoden der Skoliographie. (Orvosi hetilap. 1905. No. 11.) Verf. würdigt die bekannten Methoden der Skoliographie, teilt auch seine eigene mit. Die stereoskopische Photographie gibt das treueste Bild. Die Ebene der lichtempfindenden Platte muß mit der frontalen Ebene des Körpers des Kranken parallel sein. Die wichtigen Details des Rumpfes werden mit den Dermographen, die Vertikale mit dem Senklot demonstriert. Das Bild wird durch einen Pantographen auf ein in Quadratmillimeter eingeteiltes Papier übertragen. Ernö Deutsch (Budapest).

J. Hahn (Mainz), Der Extensionskopfträger. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 30.) H. hat einen sehr praktischen „Extensionskopfträger" konstruiert, der als Kopfstütze zur Behandlung der Skoliose und spondylitischen Kyphose gute Dienste leistet. H. beschreibt den Apparat (Abbildungen), seine Wirkung, die Technik der Anlegung, den Zeitpunkt der Anlegung usw. Zum Schluß schildert er sein Behandlungsverfahren beim spondylitischen Senkungsabszeß. Grätzer.

Wittek (Graz), Zur operativen Therapie der seitlichen Kniegelenksverkrümmungen. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 46. Heft 1.) Nach Besprechung aller sonst geübten blutigen und unblutigen Methoden zur Korrektur des Genu valgum und varum mit den ihnen anhaftenden Nachteilen empfiehlt Verf. die von ihm geübte und genauer beschriebene Methode, den Knochen an der Knickungsstelle schief zu durchtrennen. W. hat zu diesem Zwecke zunächst die Giglische Säge nebst einem Führungsinstrument verwandt, dann aber mit dem Meißel denselben Erfolg erzielt. Zur Erzielung und Erhaltung der Korrektur wird vom Verf. der Streckverband benutzt. Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

C. Deutschländer, Zur operativen Behandlung des Genu recurvatum. (Zentralbl. f. Chir. 1905. No. 36.) D. hat bei einem 8jährigen Knaben mit den Folgen einer rechtsseitigen spinalen Kinderlähmung, speziell mit einem paralytischen Rekurvationsknie, zur Beseitigung dieser letzteren Deformität den erfolgreichen Versuch gemacht, nach einer suprakondylären Osteotomie und einer nachfolgenden Drehung der Femurkondylen um ihre Achse dem ansteigenden Schlußteil der Kniegelenkskurve eine derartige Lage zu geben, daß derselbe wieder wie beim normalen Gelenksmechanismus, horizontal verlief. Die Osteotomie war ähnlich wie bei der Mac Ewenschen Operation, aber insofern von ihr verschieden, als der Meißel an der Innenseite nicht quer, bezw. im leichten Winkel zur Femurachse aufgesetzt wurde, sondern in einer schräg von oben vorn nach hinten unten geneigten Ebene. Die Neigung dieser Durchmeißelungsebene verlief etwa parallel der Oberfläche der pathologischerweise in den Gelenkmechanismus mit einbezogenen vorderen Femurkondylenpartien. Die letzten Kortikalislamellen der hinteren Femurwand wurden analog wie bei der Mac Ewenschen Osteotomie nicht durchmeißelt, sondern eingeknickt. Durch eine kräftige Flexionsbewegung an den Kondylen wurde die Rekurvationsstellung korrigiert und gleich-

zeitig hierbei eine vorhandene Valgusstellung beseitigt. Das Bein wurde in leichter Flexionsstellung eingegipst. Nach dreiwöchentlicher Verbandperiode folgte eine vierwöchentliche Nachbehandlung mit Massage und Gymnastik. Der Gang war, wie eine Nachuntersuchung 2 Jahre nach der Operation ergab, ohne jeden Hilfsapparat vollkommen sicher und ausdauernd. Wegen einer gleichzeitigen paralytischen Coxa vara war eine subtrochantere schräge Osteotomie, wegen einer Equino-valgus-Stellung des Fußes eine Verkürzung der Sehne des Tibialis anticus vollführt und eine Adduktionsankylose im Talonaviculargelenk hergestellt worden. Joachimsthal (Berlin).

Albert Mouchet (Paris), Le „genu recurvatum“ congénital. (Archives de méd. des enfants. 1905. No. 7.) M. hat Gelegenheit gehabt, bei einem 4 Monate alten Kinde ein angeborenes Genu recurvatum zu studieren und auch die genaue Sektion desselben vorzunehmen. Wie gewöhnlich bei derartigen angeborenen Difformitäten, bestanden auch andere Gelenksveränderungen, so ein Talus valgus und eine angeborene Hüftgelenksluxation derselben Seite.

Das Genu recurvatum bildete einen nach vorne offenen stumpfen Winkel von etwa 145°, konnte bis zum rechten Winkel weiter gestreckt werden, doch gelang die Beugung nicht mehr als bis zur vollständigen Parallelstellung des Ober- und Unterschenkels. Vorne sah man die Sehne des Trizeps vorspringen, hinten die untere Extremität des Oberschenkelknochens. Die Patella war erhalten, besaß aber keinen Schleimbeutel, sondern lag direkt auf einem Fettpolster, welches die vordere Fläche der Diaphyse, oberhalb der Trochlea bedeckte. Die Diaphyse und Epiphyse waren in gerader Linie zueinander, bildeten also nicht den von manchen Autoren gefundenen, nach vorne offenen Winkel, so daß man den Ursprung der Difformität nicht in einer schlechten Haltung, sondern in einer kongenitalen Luxation der Tibia nach vorne suchen muß. M. gibt noch weitere anatomische Befunde seines Falles zur Stütze dieser Annahme, doch kann auf dieselben hier nicht weiter eingegangen werden.

Die Therapie des Genu recurvatum besteht in Reduktion der Verrenkung, indem man noch mehr streckt, extendiert und dabei das obere Tibiaende nach rückwärts unter die Femurkondylen drückt. In manchen Fällen geht die Reposition sehr leicht, namentlich wenn man die Behandlung gleich nach der Geburt beginnt, in anderen kann die Durchtrennung der Trizepssehne notwendig sein. Man legt einen Kontentivverband an, der mehrere Wochen getragen werden muß, hierauf wird mit Massage, passiven Bewegungen die Behandlung fortgesetzt, eventuell noch eine lederne Kniemanschette angelegt, falls die Muskeln noch nicht die genügende Kraft besitzen. E. Toff (Braila).

Haine, Über den angeborenen Mangel der Kniescheibe. (Berliner klin. Wochenschrift. No. 19. S. 498.) H. berichtet aus Joachimsthals Anstalt über einen Fall von angeborenem Mangel der Kniescheibe bei einem 34jährigen Pat., dessen Vater und Schwester die gleiche Affektion zeigten. In seiner Tätigkeit ist er durch die Anomalie niemals behindert worden. Er hat als Knabe

sehr gut springen können, betrieb eifrig den Schlittschuhsport und gehört einem Fußtouristenverein an.

In auffallender Weise ist beiderseits exostosenartig die durch die Haut hindurch erkennbare Tuberositas tibiae entwickelt. Der Quadrizeps ist namentlich in seinen äußeren Teilen gut entwickelt, ebenso die Wadenmuskulatur. Bei der Beugung ist die Fossa patellaris als deutliche Rinne erkennbar. In der Streckstellung ist diese Rinne weniger deutlich, und zwar deshalb, weil sie nunmehr die Quadricepssehne vollkommen ausfüllt. Beim Übergang in die Beugestellung verläßt diese als daumendicker Strang deutlich fühlbare und in erschlafftem Zustande leicht nach außen verschiebbare Sehne die Fossa patellaris und tritt mehr und mehr auf den äußeren Condylus, nach außen von dem an seiner Vorderseite grätenartig vorspringenden Rand. Geht der Pat. dann vollständig in die spitzwinklige Beugestellung, in die Kniebeuge, über, so tritt bei einem gewissen Grad der Beugung, unter deutlich sichtbarem Ruck ein Zurückgleiten der Sehne von den Condylus externus in die Fossa patellaris ein. Pat. verliert — und das ist höchst bemerkenswert dabei — nach dem Zurückgleiten der Sehnen jeglichen Halt und fällt zusammen. Will der Pat. überhaupt irgendeine kraftvolle Bewegung des Kniegelenks ausführen, so luxiert er auch in Streckstellung zunächst seine Quadricepssehne in der oben geschilderten Weise auf den äußeren Condylus und spannt erst dann seine Muskulatur an. Der Pat., dessen Quadriceps an der stark vorspringenden Tuberositas schon an und für sich unter günstigeren Bedingungen arbeitet wie unter gewöhnlichen Verhältnissen, schafft sich durch die Verschiebung seiner Sehne auf den nach vorn vorspringenden Condylus externus eine Art Hypomochlion für die Sehne und ersetzt damit offenbar zum Teil die Wirkung der Patella.

Joachimsthal (Berlin).

Joachimsthal u. **Cassirer,** Über amniotische Furchen und Klumpfuß, nebst Bemerkungen über Schädigungen peripherer Nerven durch intrauterin entstandene Schnürfurchen. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 31.) Zwei Fälle, in denen neben vorhandenen Schnürfurchen Klumpfußbildung bestand, machen die gelegentliche Entstehung auch des Klumpfußes durch amniotische Stränge höchst wahrscheinlich.

Der zweite Fall, der ein 13jähriges Mädchen betraf, ist noch dadurch von besonderem Interesse, daß durch einen von einem amniotischen Ring auf den unteren Teil des rechten Oberarms ausgeübten Druck eine dauernde Läsion des peripheren Nerven herbeigeführt worden ist. Das Mädchen wies eine nur den Trizeps verschonende Radialislähmung und zugleich eine Ulnarislähmung auf, die aber nur den Handast des Nerven betraf. Der Fall zeigt, daß ausnahmsweise nicht wie sonst Abschnürungen ganzer Glieder durch amniotische Schnürfurchen zustande kommen, sondern auch Lähmungen einzelner peripherer Nerven.

Grätzer.

Emil Haim, Über Spalthand und Spaltfuß. (Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie. Bd. 2. S. 375.) H. hatte Gelegenheit, Spalthand und Spaltfuß gleichzeitig an drei Gene-

rationen, nämlich Großvater, Mutter und Sohn zu beobachten; beim Großvater ist die Defektbildung nur an beiden Händen, und zwar in so geringem Grade entwickelt, daß man gerade von einer Andeutung einer Spalthand sprechen kann; bei der Mutter ist die Mißbildung am meisten ausgeprägt und betrifft in typischer Weise alle vier Extremitäten in beinahe gleichmäßiger Weise. Beim Sohne sind diese Veränderungen wieder geringer und betreffen hauptsächlich die rechte Hand und den rechte Fuß. Joachimsthal (Berlin).

Noica (Bukarest), Ein Fall von Trichterbrust rachitischen Ursprunges. (Spitalul. 1905. No. 4.) Die Meinungen über den Ursprung dieser ziemlich seltenen Difformität sind noch geteilt; während die einen annehmen, daß es sich um eine angeborene Mißbildung handle, halten die andern dieselbe für erworben, und zwar auf rachitischer Grundlage entwickelt. Einen Beweis für letztere Annahme würde auch der von M. in der Abteilung von Marinescu beobachtete Fall bei einem 40jährigen, wegen beginnender Paralyse in Behandlung stehenden Manne sein. Derselbe gab an, bis ins Alter von 5—6 Jahren krumme Beine gehabt zu haben, auch konnte er nicht gehen und mußte deshalb einen orthopädischen Apparat tragen. Dann besserte sich der Zustand und das Gehen wurde allmählich normal. Die Untersuchung der Brust ergab eine enorme Difformität des knöchernen Skeletts, bestehend in einer starken Einwärtsbiegung der vorderen Wand, an welcher das Sternum in seiner ganzen Ausdehnung teilnahm. Der tiefste Punkt war in der Nähe des Schwertfortsatzes, unmittelbar unter der Brustwarzenlinie; an der Vertiefung nahmen auch die benachbarten Rippen in großer Ausdehnung teil. Von rückwärts gesehen, war am Brustkasten keinerlei Verunstaltung zu bemerken, auch die Wirbelsäule zeigte normale Verhältnisse.
E. Toff (Braila).

Leone Zanetti, Der Knochenschmerz und seine Ätiologie bei der Rachitis. (La Pediatria. September 1904.) Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß bei Rachitis stets Knochenschmerz von verschiedener Intensität vorhanden ist, daß dieser Schmerz niemals spontan ist, sondern stets nur durch Druck hervorgerufen wird und mit dem Nachlassen des Druckes wieder aufhört. Er ist in gleicher Intensität sowohl an den Epiphysen, wie den Diaphysen vorhanden. Die Intensität des Schmerzes steht in direktem Verhältnis zu den Bewegungsstörungen, und Verf. steht auf dem Standpunkt, daß diese eine logische Folge des ersteren sind.
F.

Clito Salvetti, Über einen Fall fortschreitender Myositis ossificans multiplex progressiva. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 4—6.) Ein $4^1/_2$jähriges Mädchen zeigt zwischen dem rückwärtigen Ende des Kopfnickers und dem Dornfortsatz eine mit normaler Haut bedeckte weiche Geschwulst, die sich wie eine weich infiltrierte Halsdrüse anfühlte. Drehbewegungen des Kopfes und Halses waren erschwert. In der Nierengegend bestanden zwei fast symmetrische Geschwülste von Nußgröße, elastisch und von normaler Haut bedeckt. Ein halbes Jahr später steifer Hals wie bei Spondylitis,

steife, lederartige und mit sehr hartem Knoten durchsetzte Rückenmuskeln. Schulterblatt und Brustmuskeln sind zum Teil zu harten Platten geworden; Schwerbeweglichkeit der Unterextremitäten. Ein herausgeschnittenes Muskelstück zeigt atypische Ossifikation. Man sieht Knorpel und Knochen, aber keine endochondrale Ossifikation. Über die Entstehung des Prozesses bestehen nur Hypothesen.

Hecker.

Th. Kölliker, Über Coxa valga. (Münchn. med. Wochenschr. 1905. No. 36.) K. vermehrt die wenigen Beobachtungen über Coxa valga um zwei Fälle und macht einige Mitteilungen über dieses Leiden.

Coxa valga wird beobachtet:

1. Als kongenitale Deformität.
2. Nach Verletzungen. Nach einer Fraktur des Schenkelhalses richtet sich Kopf und Hals so auf, daß sie mit der Diaphyse eine mehr oder weniger gerade Linie bilden.
3. Bei angeborener Hüftverrenkung und zwar sowohl am luxierten Beine als am andern Beine.
4. Bei Rachitis.
5. Bei Paralyse am pendelnden Beine, sowie an Beinen, die nicht tragfähig, aber sonst nicht gelähmt sind.
6. Bei Osteomalakie.
7. Bei multiplen Exostosen.
8. Bei Genu valgum.

Die klinischen Symptome der Coxa valga bestehen in vermehrter Abduktion und Außenrotation des Beines. Die Abduktion ist behindert. Aus der Stellungsveränderung entwickelt sich bei doppelseitiger Coxa valga ein eigentümlicher Gang, der dem bei spastischer Spinalparalyse ähnelt. Die Kranken zeigen einen wiegenden Gang, der Oberkörper schwankt hinüber und herüber, die Hüftgelenke werden leicht gebeugt, die Kniegelenke stark gestreckt gehalten, die Beine stehen obduziert und nach außen rotiert, der Oberkörper wird etwas vornübergebeugt, der Rücken ist flach, insbesondere ist die Lendenlordose nur schwach ausgeprägt.

Bei einseitiger Coxa valga steht nur das eine Bein abduziert und außenrotiert, die normale Beckenseite wird etwas vorgeschoben, es besteht leichtes Hinken. Die Extremität ist etwas verlängert.

Therapeutisch kann man bei im Wachstum begriffenen Individuen nach dem Vorgange von David durch einen fixierenden Verband in Abduktion und Innenrotation die normalen statischen Verhältnisse wieder herzustellen suchen. Bei Erwachsenen wird man nur dann eingreifen, wenn erheblichere Funktionsstörungen bestehen. In diesem Falle empfiehlt sich die Osteotomie des Schenkelhalses, die man am zweckmäßigsten als Keilosteotomie mit der Basis des Keiles am unteren Umfange des Schenkelhalses ausführt. Bei Erwachsenen wird allerdings in den meisten Fällen die Störung, die die Valgusstellung des Schenkelhalses hervorruft, so gering sein, daß zu einem therapeutischen Eingreifen kein Anlaß sein wird.

Grätzer.

A. Hoffa, Die angeborene Coxa vara. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 32.) Es gibt eine typische angeborene Coxa vara,

eine Deformität, die uns das Röntgenbild kennen gelehrt hat, und auf die H. zuerst aufmerksam gemacht hat. Sie ist gar nicht so selten, ist auch von anderen schon beschrieben worden, wurde aber irrtümlich entweder als Folge eines Traumas aufgefaßt oder als Folge von Rachitis. Es handelt sich aber zweifellos um ein angeborenes typisches Leiden, das weder mit Trauma noch mit Rachitis etwas zu tun hat. H. zeigt dies an Krankengeschichten und Röntgenbildern. Er hat sechs einseitige und vier doppelseitige Fälle beobachtet und gesehen, daß im Laufe der Jahre die Verhältnisse am oberen Femurende ziemlich stationär bleiben. H. kann aber auch direkt den Beweis liefern, daß es sich um ein kongenitales Leiden handelt, das einer Störung in der normalen Entwickelung der Epiphysenlinien sein Dasein verdankt. Er hat nämlich in einem Falle, wo er die Resektion der oberen Femurenden vornehmen mußte, makroskopisch und mikroskopisch untersuchen können. Mikroskopisch war der vollkommene Mangel von Zeichen des Wachstums charakteristisch, es fehlte dem Skelettgewebe jede bioplastische Energie. Dadurch unterscheidet sich der Befund von dem der rachitischen Knochenerkrankung vollkommen und läßt sich überhaupt in ein bekanntes Krankheitsbild nicht einreihen. Die Annahme, daß durch eine intrauterin durchgemachte Knochenerkrankung der Knochen die Eigenschaft des Wachstums verloren hat, ist am wahrscheinlichsten. Auch die Röntgenbilder zeigen, daß die rachitische Coxa vara junger Kinder differential-diagnostisch von dieser angeborenen wohl zu unterscheiden ist. Für letztere ist charakteristisch der vertikale Verlauf der Epiphysenlinie, das Fehlen eines Schenkelhalses oder, wo ein solcher angedeutet ist, dessen rechtwinklige oder gar spitzwinklige Abknickung direkt an seinem Femuransatz, die Einschaltung keilförmiger, scheinbar abgebrochener Knochenstücke am unteren Rand des Schenkelhalses zwischen diesem und dem Kopf. Das Röntgenbild einer rachitischen infantilen Coxa vara zeigt dagegen folgende typischen Merkmale: der Schenkelhalswinkel erscheint ein-, meist aber doppelseitig verkleinert; der Gelenkkopf steht in der Pfanne, ist aber mehr oder weniger defekt; die Epiphysenlinie verläuft nicht vertikal, sondern schief von oben und außen nach unten und innen; der Schenkelhals ist stets erhalten und läuft an seiner unteren Kante in eine scharfe Spitze aus. Das Trauma hat mit der angeborenen Coxa vara gar nichts zu tun; höchstens kommt das Kind wegen eines leichten Traumas zur ersten Untersuchung und das Röntgenbild deckt die Entwickelungsstörung an der Epiphysenlinie auf.

Grätzer.

v. Brunn (Tübingen), Über Coxa vara im Gefolge von Ostitis fibrosa. (Bruns Beiträge d. klin. Chirurgie. Bd. 45. Heft 2.) Es handelte sich in diesem Falle um ein 10jähriges Mädchen, welches bereits in früheren Lebensjahren mehrfach Frakturen bei nur geringer Gewalteinwirkung erlitten hatte. Klinisch trat das Bild der Coxa vara (Adduktion der Beine, so daß sie sich in der Mitte der Oberschenkel überkreuzten) in den Vordergrund, doch erwies die genauere Untersuchung, daß die Verbiegung weniger im Schenkelhals als im subtrochanteren Teil des Femur ihren Sitz hatte. Die Behandlung bestand in keilförmiger Osteotomie des am stärksten adduzierten rechten

Beines. Es trat gute Konsolidation ein. Mikroskopische Untersuchung des entfernten Knochenteils ergab starke Resorption der Knochensubstanz und Ersatz durch Bindegewebe sowohl in der Spongiosa wie in der Corticalis. Vulpius-Ottendorf (Heidelberg).

Fr. v. Friedländer, Die tuberkulöse Osteomyelitis der langen Röhrenknochen. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 73 S. 249.) F. hat innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten 15 Fälle von primärer Tuberkulose der Diaphysen verschieden langer Röhrenknochen beobachtet. Die Zahl der an diesen Individuen beobachteten, voneinander unabhängigen Herde in den Diaphysen betrug 25. Besonders evident ist die Prädisposition der Ulna und Tibia, welcher Umstand wohl in der exponierten Lage der Knochen seine Erklärung findet. Die Ulna ist mit 8, die Tibia mit 3 Herden vertreten, der Humerus war 4mal, der Radius 4mal, der Femur einmal befallen.

F. unterscheidet: 1. die proliferierende Infiltration im Sinne Königs, 2. die begrenzte Infiltration der Diaphyse mit Sequesterbildung und 3. die zentrale käsige Infiltration ohne makroskopische Sequesterbildung (Granulationsherde). Die erste Gruppe ist in F.s Fällen durch drei Knochen repräsentiert (Radius, Humerus und Tibia). Die zweite Gruppe ist viel reichlicher vertreten. Es lassen sich in ihr zwei Stadien unterscheiden, deren eine Fistelbildung aufweist, welche der anderen fehlt. Nach diesem Typus fanden sich erkrankt die Ulna 7mal, die Tibia 3mal, der Humerus und Radius je einmal. In die dritte Gruppe müssen neun Knochenherde eingereiht werden, und zwar vier an der Tibia, zwei im Humerus und je einer im Radius, der Ulna und im Femur.

Die Technik der Operation weicht nicht ab von der bei osteomyelitischen Herden anderer Natur gewöhnlich geübten. F. empfiehlt breite Freilegung des erkrankten Gebietes, exakte Entfernung alles Verdächtigen. Soweit es möglich war, wurde die von v. Mosetig angegebene Jodoformplombe mit dem besten Erfolge verwendet, in letzter Zeit auch in jenen Fällen, in denen infolge Fehlens ausreichender Weichteilbedeckung an eine Einheilung derselben nicht zu denken war. Kontraindiziert ist die Operation bei der progressiven Infiltration; bei ihr käme höchstens die Amputation in Betracht, wenn nur ein Knochen oder eine Extremität erkrankt ist.

Joachimsthal (Berlin).

A. Broca (Paris), Diagnostic d'une ostéomyelite prolongée remontant à la première enfance. (Revue mens. des malad. de l'enfance. 1905. No. 1.) Die akute Osteomyelitis ist in der ersten Kindheit viel häufiger, als man gemeinhin annimmt, und oft heilt dieselbe, ohne Spuren zurückzulassen. In anderen Fällen wird ein spätes Wiedererwachen der Krankheit beobachtet und die Symptome sind derart, daß eine Verwechslung mit einer Knochentuberkulose sehr leicht möglich ist. B. gibt die Krankengeschichte zweier Kinder, welche in der ersten Kindheit Osteomyelitis überstanden hatten und nach vielen Jahren Rezidive darboten.

In dem einen Falle handelte es sich um ein $10^1/_2$ jähriges Mädchen, welches seit etwa 3 Jahren an Knieschmerzen litt. Das

erste Auftreten der Krankheit hatte im zweiten Lebensmonate stattgefunden, es wurde an der Innenseite des Knies inzidiert, vielleicht auch eine Arthrotomie ausgeführt, Eiter entleert, und war die Stelle nach 3 Monaten vollständig vernarbt. Die Untersuchung ergab ein mit Bezug auf Form und Funktionstüchtigkeit kaum verändertes Kniegelenk, nur an einer Stelle des vorderen oberen Tibiaendes fand man eine haselnußgroße, leicht vorspringende Geschwulst, die weich, aber nicht fluktuierend und sehr schmerzhaft auf Druck war. Die vorgenommene Operation ergab einen beschränkten Herd von rarifizierender Osteitis an der vorderen Kante der inneren tibialen Gelenksfläche. Heilung nach 3 Wochen.

In dem zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um eine Knocheneiterung in den ersten Lebensmonaten mit akut entzündlichem Verlaufe, mit Lokalisierung im linken Hüftgelenke. Trotzdem die Haltung des Beines große Ähnlichkeit mit derjenigen bei tuberkulöser Koxalgie hatte, so mußte doch aus Anamnese und Verlauf, sowie aus dem Röntgenbilde, welches einen verdickten, abgeplatteten und nach oben rückwärts subluxierten Trochanterkopf zeigte, auf eine überstandene und wiedererwachte Osteomyelitis geschlossen werden. Durch Bettruhe und kontinuierliche Extension wurden die Schmerzen gemildert und innerhalb 18 Tagen wurde das Bein wieder funktionsfähig.

E. Toff (Braila).

Durlacher (Ettlingen), Ein Beitrag zur Ätiologie der akuten Osteomyelitis. (Münchn. med. Wochenschrift. 1904. No. 38.) D. teilt einen Fall mit, welcher wieder zeigt, daß die Latenz der Mikroorganismen im Körper sich auf Jahre erstrecken kann.

Ein 12jähriges Kind, noch nie krank gewesen, fiel vor $2^1/_2$ bis 3 Jahren einmal im Garten und erlitt eine unbedeutende Verletzung an der Außenseite des rechten Oberschenkels oberhalb des Knies; die Wunde soll einige Wochen bis zur Verheilung geeitert haben. Jetzt erkrankte das Kind plötzlich in scheinbarem Wohlbefinden und starb nach wenigen Tagen. Die Sektion ergab als Todesursache akute Staphylokokkenosteomyelitis an der Epiphysenlinie des rechten Femur mit Übergreifen auf das Kniegelenk; bei der Spaltung der Muskulatur an der Außenseite des rechten Oberschenkels fand sich im intermuskulären Bindegewebe ein kleines Kieselsteinchen vor.

Unter diesen Umständen war es klar, daß zwischen der Osteomyelitis und der vor einigen Jahren vorgekommenen Verletzung, bei welcher zweifelsohne das Steinchen in die Muskulatur geriet, ein ätiologischer Zusammenhang bestehen mußte; man mußte zur Annahme gelangen, daß mit jenem Steinchen Staphylokokken einwanderten, welche sich so lange Zeit latent verhielten, um dann zur Osteomyelitis zu führen. Denn dieser war keine Infektionskrankheit, keine entzündliche Affektion, kein Trauma vorausgegangen, und man hätte an eine spontane Osteomyelitis glauben müssen, wenn man nicht auf jenen Fremdkörper gestoßen wäre. Wie wichtig diese Beobachtung auch für das Unfallversicherungswesen ist, liegt auf der Hand. Bis jetzt verlangte man, um die Osteomyelitis mit einer, wenn auch noch so geringfügigen Verletzung in Zusammenhang bringen zu können, sowohl vollkommen lokale Übereinstimmung, als auch unmittelbaren

zeitlichen Zusammenhang mit der Verletzung. Im obigen Falle ist auch ohne letzteren die Sachlage klar. Wie sollte sonst gerade an dem Röhrenknochen, in dessen Nähe der Fremdkörper lag, sich die Osteomyelitis entwickelt haben? Daß die Staphylokokken jahrelang in Latenz verharrten, ist nicht überraschend; sehen wir doch auch Osteomyelitis durch Gonokokken auftreten, nachdem längere Zeit zuvor Gonorrhoe bestanden hat. Daß wir auch berechtigt sind, diese Fälle, sowie auch die durch Pneumokokken und Typhusbakterien hervorgerufenen, als reine akute Osteomyelitisform aufzufassen, steht außer Zweifel. Was den Weg anbelangt, auf dem im obigen Falle die Infektion zustande kam, so muß man die Sache so erklären, daß die ursprünglich mit dem Fremdkörper eingedrungenen Staphylokokken im Gewebe liegen blieben, eine Entzündung und nekrotische Gewebsveränderung hervorriefen und durch Gewebsneubildung eingekapselt wurden. Durch das Wachstum und durch event. mechanische Ursachen, wie Hüpfen, Springen usw. ist ohne Zweifel eine weitere Invasion in das angrenzende Gewebe erfolgt, und es wurden Kokken dem Periost und Knochenmark zugeführt. Wie auch immer der Weg sein mag, bei winziger, makroskopisch nicht sichtbarer Größe des Fremdkörpers wäre sicher die Erkrankung als spontan entstanden betrachtet worden. Wie nahe liegt nun hier die Hypothese, daß bei den Fällen, die ohne nachweisbare Traumen oder nach Einwirkung eines ganz unbedeutenden mechanischen Insults auftreten, anzunehmen, daß die Kokken von der Haut aus ins Gewebe gelangen. Und daß tatsächlich sehr häufig nur ganz geringe Traumen als Ursache für den Ausbruch der Osteomyelitis angesehen werden müssen, haben verschiedene Autoren betont. Wie oft zeigt es sich auch, daß nach relativ sehr leichten Verletzungen, z. B. an Hand oder Fuß, später tuberkulöse Prozesse auftreten! Wir beschuldigen dann diese kleinen Läsionen als günstige Nährböden für die im Blute kreisenden Bakterien, beschuldigen die „Disposition“, sprechen von „Locus minoris resistentiae“ usw. Wie viel leichter erklären sich solche Fälle, wenn man die anscheinend unversehrte Haut, die aber durch das Trauma doch vielleicht mikroskopische Läsionen erlitten hat, als Eingangspforten der Mikroorganismen betrachtet!

D. möchte aus seiner Beobachtung folgende Thesen ziehen:

1. Viele sogen. spontan auftretende Osteomyelitisfälle verdanken ihre Entstehung dem anläßlich des Traumas bewirkten Eindringen von Bakterien durch die anscheinend unverletzte Haut.

2. Es ist nicht angeschlossen, daß auch die Ätiologie bei manch anderen durch Trauma bewirkten entzündlichen Infektionskrankheiten die gleiche ist.

3. Um eine Osteomyelitis mit einer Verletzung in Zusammenhang zu bringen, ist wohl örtlicher, aber nicht unmittelbar zeitlicher Zusammenhang erforderlich; es ist daher der Termin, bis zu welchem zwischen Trauma und Ausbruch der Osteomyelitis ein Kausalnexus als bestehend erachtet werden kann, nicht nur auf 14 Tage, wie bisher angenommen wurde, sondern auf einige Jahre, zum mindesten auf $2^1/_2$ Jahre auszudehnen.

Grätzer.

H. Mohr (Bielefeld), Über Osteomyelitis im Säuglingsalter. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 7.) M. beschreibt zwei Fälle (zweiwöchiges und viermonatliches Kind), welche zeigen, wie verschieden auch beim Säugling die akute Osteomyelitis verlaufen kann, und daß das Krankheitsbild nicht immer besonders stürmisch akut sein und mit dem Tode endigen muß. Beide Fälle betrafen das Hüftgelenk, und es zeigten dieselben, daß bei Erkrankungen der Hüftgelenksgegend die spätere Funktion des Beines, nachdem die Kinder anfingen zu gehen, nur wenig gestört oder ganz normal sein kann. Grätzer.

A. Most, Über symmetrisch auftretende Osteomyelitis und Periostitis. (Aus dem St. Georg-Krankenhaus in Breslau.) (Medizin. Klinik. 1905. No. 41.) M. berichtet über zwei Fälle, welche einen 12- und einen 15jährigen Knaben betrafen. Es handelte sich bei beiden um eine Knochen- resp. Knochenhautentzündung, welche an symmetrischen Stellen der Tibia beiderseits zugleich oder annähernd zu gleicher Zeit begonnen hatte. In dem zweiten Falle lokalisierte sich die Eiterung in der Mitte der Tibia, in dem anderen jedoch trat die Osteomyelitis nächst der unteren Epiphysenlinie auf und hatte noch einen Nachschub am linken unteren Femurende.

Während im zweiten Falle die Diagnose keine großen Schwierigkeiten bot, beansprucht der erste Fall auch diagnostisches Interesse. Das ziemlich plötzliche Einsetzen der Erkrankung, das annähernd gleichzeitige Auftreten der Schwellung in der Gegend der Fußgelenke, die Schmerzhaftigkeit und das Fieber ließen den Gedanken an einen Gelenkrheumatismus aufkommen. Die hervorstechendste Eigentümlichkeit beider Fälle bestand in dem gleichzeitigen und symmetrischen Auftreten der Knochenaffektion, — einem recht seltenen Vorkommnis. Als drittes auffallendes Moment war noch im ersten Falle das Befallensein der Knochenenden in der Nähe der Gelenkglieder vorhanden. Mit den beiden anderen Eigentümlichkeiten des Falles zusammen konnte dieses Moment sehr leicht zu einem diagnostischen Irrtum verleiten. Nun mußten ja andererseits — im Gegensatz zur Polyarthritis rheumatica — der schwere Beginn, das hohe Fieber, die schweren septischen Allgemeinerscheinungen, die Persistenz der Herderkrankung auffallen, endlich die Progredienz der Herde; der Prozeß breitete sich in kurzer Zeit am Unterschenkel aus, er stieg bis fast zum Knie und nahm einen phlegmonösen Charakter an. Solche Momente werden wohl auch in atypischen Fällen von Osteomyelitis immer die Situation zu klären imstande sein und vor verhängnisvollen diagnostischen Irrtümern schützen. Grätzer.

Ali Krogius (Finnländer), Symmetrische ankylosierende Gelenkaffektionen bei einem Kinde. (Finska Läkareförenings Handlingar. 1904. Supplementheft.) Bei einem 10jährigen Mädchen, welches kurz vorher die Masern und darauf die Influenza durchgemacht hatte, begannen im Februar 1903 die Hand- und Fingergelenke steif zu werden. Im August desselben Jahres bot die Patientin eine nahezu vollständige Ankylose beider Handgelenke sowie der Karpal-, Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenke dar. Die Finger waren krallenförmig gekrümmt, die Muskulatur etwas atrophisch. Zu-

nächst wurden — in Äthernarkose — wiederholte Versuche, die steifen Gelenke mit Gewalt beweglich zu machen, mit darauffolgender Massagebehandlung vorgenommen. Das Ergebnis war jedoch kein befriedigendes. Es wurde nun eine Behandlung mit subkutanen Thiosinamininjektionen nebst Massage eingeleitet, und diese Behandlung erwies sich sehr wirksam, so daß schon nach wenigen Wochen die Beweglichkeit der affizierten Gelenke großenteils zurückgekehrt, und Pat. imstande war mit ihren Händen sogar feinere Arbeiten auszuführen. (Autoreferat.) Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Rudolph Klapp, Die Ermöglichung einer genauen Kontrolle reponierter kongenitaler Hüftgelenksluxationen. (Centralbl. f. Chir. No. 37, S. 962.) Da die bisher gewonnenen Röntgenbilder zur Kontrolle, ob die Reposition der angeborenen Hüftgelenksluxation gelungen ist, nicht genügten, ging Kl. in der Weise vor, daß er beim Anlegen des Gipsverbandes vor das Hüftgelenk ein rundes Holzbrett mit eingipste. Am nächsten oder einem der folgenden Tage wurde das Holzstück aus dem Gips ausgeschnitten, herausgenommen und die Röntenaufnahme durch die Lücke gemacht. Nach der Aufnahme wurde das Brettchen wieder an seine Stelle gesetzt und mit einer Stärkebinde zugewickelt. Die Bilder, welche bei der Aufnahme durch die Lücke erzielt wurden, waren durchweg so gut, daß man sich mit Sicherheit über die Stellung des Kopfes zur Pfanne ein Urteil bilden konnte. Joachimsthal (Berlin).

A. R. v. Rüdiger-Rydygier, Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe nach Ali Krogius. (Aus der k. k. chir. Klinik in Lemberg.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 24.) Verf. hat die Krogiussche Operation bei einem 10jährigen Mädchen angewandt und war entzückt über die Leichtigkeit der Ausführung und ihre Einfachheit; auch das endgültige funktionelle Resultat war ein recht befriedigendes.

Grätzer.

P. Magnus, Über totale kongenitale Luxation der Kniegelenke bei drei Geschwistern. (Zeitschr. f. Chir. 78. Bd. S. 555.) M. berichtet über drei Geschwister mit doppelseitigen totalen kongenitalen Luxationen der Kniegelenke neben doppelseitigen Hüftluxationen und abnormer Kapsel- und Bänderschlaffheit an den Hand-, Finger- und Zehengelenken. In allen Fällen spielte die Kontraktur des Quadriceps eine wichtige Rolle. Bei dem ältesten, $4^3/_4$ Jahre alten Mädchen, ließ sich trotz derselben die Reposition erzielen und blieb erhalten. Bei dem $2^1/_2$jährigen Knaben war die Kontraktur des Muskels so hochgradig, daß sofort wieder eine Reluxation eintrat, auch nachdem das Kind längere Zeit Verbände getragen hatte. Man war deshalb gezwungen, durch einen blutigen Eingriff die hemmenden Faktoren auszuschalten und die Stabilität der Gelenke zu sichern. Von einem Bogenschnitt vorn quer über die Patella wurde das Gelenk durch einen Längsschnitt eröffnet, der die Patella in eine vordere und hintere flache Scheibe trennte. Die Absicht bei dieser Schnittführung war die, eine Verlängerung der Patella und damit des Quadri-

ceps dadurch zu ermöglichen, daß die vordere und hintere Scheibe nicht in der alten Weise aneinander, sondern proximal und distal zu liegen kamen. Nachdem die Patella in dieser Weise und ebenso die angrenzenden Teile der Gelenkkapsel durchtrennt waren, ließ sich die Luxation ziemlich leicht reponieren, reluxierte aber ebenso leicht. Das Gelenk wurde zum Klaffen gebracht. Man sah darin das Ligamentum cruciatum anterius als langen, dicken, kräftigen Strang, der sich in Falten legen ließ und sich beim Eintritt der Luxation erst anspannte. Die Beugemuskeln zogen, wenn der Unterschenkel in Luxationsstellung stand, vor der Mitte der Kondylen des Femur zu ihrer Insertionsstelle. Die Menisci waren erhalten, wenn auch etwas klein. Es wurde nun in das Ligamentum cruciatum mit drei starken Seidennähten (Sublimatseide) eine Falte genäht, so daß eine wesentliche Verkürzung des Bandes entstand. Darnach war es nicht mehr möglich, den Unterschenkel in Luxation zu überführen, wohl aber ließ sich eine Überextension herstellen (Erschlaffung der hinteren Kapselwand). Nachdem so die Luxation reponiert worden war, ließen sich die Teile der Patella wegen der bestehenden Verkürzung des Quadriceps nur mit Mühe einander nähern, trotzdem die Patella, wie oben beschrieben, um das Doppelte verlängert wurde. Um eine vollständige Naht der gespaltenen Gelenkkapsel zu erreichen, wurde der Quadriceps durch mehrere Inzisionen stufenförmig eingekerbt und so verlängert. Trotz dieser Maßnahme blieb die Flexion, die, so lange die Ränder der Patella noch nicht wieder vereint waren, vollkommen frei war, eine beschränkte. Auch später war die Beugung behindert. Daß eine geringe Subluxation eintrat, die eine erneute Fixation in reponierter Stellung benötigte, ist wohl vor allem dem Umstande zuzuschreiben, daß das Kind ohne stützende Apparate zu frühzeitige Gehversuche machte. Bei dem dritten Kinde, einem $^3/_4$ Jahre alten Knaben, ist eine Therapie zurzeit der Publikation noch nicht eingeleitet worden.

Joachimsthal (Berlin).

Luciano Bacchieri, Über kongenitale Luxationen im Kniegelenk. (Arch. f. Orthopädie, Mechanother. u. Unfall-Chir. Heft 3. S. 213.) B. berichtet über drei Fälle von kongenitalen Kniegelenksluxationen aus der Kocherschen Klinik. In dem ersten Falle, bei einem 7jährigen Mädchen, bestanden neben Pedes vari höchsten Grades in Streckstellung der Kniee Luxationen der Tibiae nach vorn, so daß die Kondylen des Femur von hinten mit Leichtigkeit umgreifbar waren, während vorn die Finger auf die Gelenkfläche der Tibae in einer Ausdehnung von 1 cm aufgelegt werden konnten. Die Beugung des Kniegelenks konnte bis zum letzten Ende mit Leichtigkeit ausgeführt werden, wobei sich in einem Winkel von 130° die Luxation von selbst reponierte, um bei passiven und aktiven Streckversuchen wieder einzutreten. Bei der operativen Freilegung zeigte sich nach Eröffnung der schlaffen Kapsel, daß dieselbe hinten eine große sackartige Ausweitung hatte, in welcher das untere Femurende bei der Luxation Platz nahm. Beide Menisci und die Bänder waren vorhanden, die Kreuzbänder, besonders das vordere, stark verlängert. Die Kapsel wurde beiderseits durch Faltenbildung mit kräftiger Naht

verkürzt und gleichzeitig an den Füßen eine Keilexzision mit Resectio tarso-metatarsalis vollführt. Während rechts der Erfolg ein guter war, ist links die Luxation wieder eingetreten. In dem zweiten Fall bestanden neben doppelseitiger Hüftluxationen und Klumpfüßen totale Luxationen der Tibiae nach vorn, zu deren Beseitigung rechterseits mit sehr gutem Erfolge eine Arthrodese ausgeführt wurde. Es war hier möglich, den im Alter von 27 Jahren operierten Kranken 16 Jahre später wieder zu sehen und das operierte und nichtoperierte Knie auch röntgengraphisch zu untersuchen. Es ergab sich aus dem Vergleiche der von den beiden Seiten gewonnenen Bilder, wie der Knochenbau — entsprechend dem Wolffschen Transformationsgesetz — infolge der veränderten statischen Verhältnisse eine Umwandlung erfahren hatte. Die Belastungslinie verlief hier auf der vorderen Seite des Femur und auf der hinteren Seite der Tibia entsprechend der Luxation; daher war die Corticalis, welche der größeren Belastung ausgesetzt war, entsprechend verdickt und dieses mehr am linken als am rechten Bein, wo die Arthrodese wieder mehr normale statische Verhältnisse herbeigeführt hatte. Interessanter noch war es, zu sehen, wie der innere Aufbau des unteren Femur- und des oberen Tibiaendes umgestaltet war. Auf der linken Seite erinnerte die Struktur des letzteren ganz an einen Schenkelhals mit den Knochenlamellen im Sinne der Druck- und Zuglinien. An dem rechten Knie, an dem die Druckverhältnisse seit dem Eingriffe ganz anders geworden sind als links, konstatierte man demgemäß, daß die Knochenlamellen nicht im Bogen, sondern gerade zur Achse des Beines verliefen. In dem dritten Falle handelte es sich bei einem $2^1/_4$ Jahre alten Knaben um eine Luxatio genu dextri anterior. Joachimsthal (Berlin).

H. Schulze, Ein Fall von spontaner Subluxation der Hand nach unten (Dupuytren-Madelungscher Subluxation). (Aus der Privatklinik von Prof. Kölliker in Leipzig.) (Münchn. med. Wochenschrift. 1905. No. 30.) Diese seltene Erkrankung wies ein 16 jähriger Knabe auf, der vom neunten Jahre ab damit behaftet war. Pat. wurde mit dem von Hoffa konstruierten Apparat behandelt. Derselbe besteht aus Schienenhülsen für Vorderarm, Hand und Finger; über der Handgelenksgegend ist ein Bügel angebracht, über den elastische Züge laufen, die die Streckung der Hand bewirken sollen. Der Apparat wirkt redressierend, bei freier Beweglichkeit des Handgelenks. Grätzer.

A. Broca (Paris), Fracture de l'extrémité superieur de l'humérus. (Revue mens. des maladies de l'enf. Juin 1905.) Die Ecchymosen, welche nach Traumen der Schulter auftreten, sind insofern von Wichtigkeit, als dieselben vor der direkten Untersuchung, einen Fingerzeig für die Art der Verletzung abgeben können. Handelt es sich nur um eine starke Kontusion, so wird die Haut sehr rasch blau, oft nach wenigen Minuten, während in den Fällen von tieferen, schweren Verletzungen, namentlich von Frakturen, man durch einige Tage keine äußeren Zeichen der Verletzung sehen kann und nachträglich eine bläuliche Verfärbung der Haut, meist an der äußeren Fläche des Armes auftritt. Keine Verletzung läßt sekundär so viel

Blut in die umgebenden Gewebe austreten, wie eine Knochenfraktur. Verrenkungen des Schultergelenkes sind beim Kinde außerordentlich selten, so daß bei schweren Traumen man eher an einen Knochenbruch zu denken habe.

Zur Stellung der Diagnose vermeide man starke Bewegungen der Fragmente behufs Feststellung der Krepitation; statt dessen genügt es, eine Hand auf das Akromioklavikulargelenk zu legen und mit der anderen vom Ellbogen aus einen leichten Druck nach oben auszuüben; es wird gleich ein heftiger Schmerz im Humerus gefühlt, welchen man durch den Druck und leichte Drehbewegungen der frakturierten Teile gegeneinander erzeugt hat.

Drückt man von oben nach unten längs des Oberarmes, so gelangt man auf eine besonders schmerzhafte Stelle, welche in horizontaler Richtung am ganzen Armumfange gefunden werden kann und gerade der Bruchstelle entspricht.

Die Radiographie gibt weiteren Aufschluß über die Lage der Fraktur, doch gewöhne man sich, nicht alles von derselben zu erwarten und die klinischen Symptome zu vernachlässigen, denn einerseits hat der Praktiker nicht immer ein radiographisches Laboratorium bei der Hand und außerdem täuscht auch das Radiogramm oft und gehört eine gewisse Übung, um dasselbe richtig deuten zu können.

B. ist gegen die sofortige Massagebehandlung, aber für einen regelrechten Gipsverband, den man nach stattgehabter Extension und Koaptation der Fragmente anlegt. Behufs ersterer wird der Kranke chloroformiert und der Arm manuell extendiert, oder man fixiert, bei gebeugtem Vorderarme, ein 2—3 Kilo schweres Gewicht an unteren Ende des Oberarmes, während eine unter die Achsel geführte Leinwandbinde, die man nach oben hin fixiert, die Kontraextension macht. Diese von Hennequin geübte Methode gibt sehr gute Resultate, erheischt aber eine gewisse Übung in der Ausführung.

Um die manuelle Extension auszuführen, wird die verletzte Extremität bis zum rechten Winkel abduziert, proniert, der Gehilfe faßt dieselbe mit beiden Händen am Handgelenk und zieht, indem der Körper nach rückwärts neigt, und nicht nur durch die Kraft seiner Armmuskeln. Dann wird die Adaptation vorgenommen, ein Gipsverband über Schulter, Arm und rechtwinklig gebeugten Ellbogen angelegt, der Arm an den Stamm fixiert und 15 Tage unbeweglich gelassen. Dieser Zeitraum bezieht sich auf Kinder und ist für dieselben zur Konsolidierung ausreichend. Falls es möglich ist, kontrolliert man die Resultate der Extension und Einrichtung durch die Radiographie, welche durch den Gipsverband hindurch gute Aufschlüsse gibt.

Wird der Kontentivverband nach 14 Tagen abgenommen, so ist die Kallusbildung bereits weit vorgeschritten, doch noch nicht vollständig fest, so daß man bei Kindern Vorsichtsmaßregeln ergreifen muß, um sekundären Frakturen durch Fall und sonstige Traumen vorzubeugen. B. zitiert den Fall eines Knaben, welcher sich innerhalb weniger Monate 5mal den Arm an derselben Stelle wieder gebrochen hat. In derartigen Fällen bildet sich ein sehr voluminöser

Kallus aus und es ist nicht verwunderlich, daß derselbe für ein Osteosarkom imponieren könnte. E. Toff (Braila).

Hans Kohl, Über eine besondere Form der Infraktion: die Faltung der Corticalis. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 77. S. 383.) K. konnte in den letzten 2 Jahren 5mal in dem chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig jugendliche Pat. beobachten, die nach einem Fall auf die vorgestreckte Handfläche eine ganz zirkumskripte Druckempfindlichkeit ungefähr 3 cm oberhalb des Proc. styloid. radii und umschriebene Schwellung der diese Stelle umgebenden Weichteile aufwiesen, ohne daß eine Deformität am Radius etwa im Sinne der typischen Radiusfraktur zu konstatieren gewesen wäre. Das Röntgenbild zeigte eine eigentümliche und in allen Fällen nur dem Grade nach verschiedene Veränderung in der Corticalis des Knochens, eine 3 cm oberhalb der Gelenkspalte auf dem Dorsum quer über den Radius hinziehende Falte der Corticalis des Radius. K. hält sich für berechtigt, diese Form der Verletzung als eine typische anzusehen. Die Verletzuug, die außer am Radius noch einmal am Collum chirurgicum humeri eines 14jährigen Mädchens zur Beobachtung kam, stellt gewissermaßen eine Vorstufe einer Infraktion dar. Joachimsthal (Berlin).

N. Athanasescu (Bukarest), Ein Fall von innerer Blutung und Beckenfraktur, Laparotomie, Ligatur der Iliaca interna, Heilung. (Spitalul. 1905. No. 4.) Der 16jährige Pat. wurde durch ein rollendes Faß gegen ein anderes, feststehendes, gedrückt und hatte hierdurch eine Fraktur des linken Schambeinastes und eine Zerreißung der linken Art. iliaca int. erlitten. Die Blutung hatte das ganze, die verletzte Arterie umgebende Bindegewebe und Peritoneum infiltriert und war bis hoch hinauf in die Gewebe gedrungen, In den ersten Tagen nach vorgenommener Operation war die Schwäche eine sehr große, doch erholte sich Pat. und konnte, mit Ausnahme einer leichten Beckendifformität, vollkommen wieder hergestellt werden. Während der ganzen Zeit hatte die Temperatur zwischen 37 und 37,2° geschwankt. E. Toff (Braila).

Monsarrat, Fracture of the femur in a haemophilic. (The Brit. Journ. of childrens diseases. 1904. No. 11. S. 494.) M. beobachtete einen 8jährigen Knaben mit einer Fraktur des linken Femur, der gleichzeitig seit einer im Alter von 8 Monaten überstandenen Diphtherie an Hämophilie litt (die Familie war gesund). Während der Behandlung stellten sich verschiedene Blutungen ein, besonders an der Bruchstelle. Da gleichzeitig geringfügiges Fieber bestand, kam man zu der falschen Annahme einer Entzündung. Der Bruch selbst heilte gut und schnell. Schreiber (Göttingen).

Hans Doering, Beitrag zur Lehre von der idiopathischen Osteopsathyrosis. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 77. S. 284.) Ein bis zu seinem vierten Lebensjahr gesunder, hereditär nicht belasteter Junge, über den D. berichtet, erleidet durch einen leichten Fall einen Bruch des linken Oberschenkels, der ohne Folgen in der gewöhnlichen Zeit ausheilt. In unbestimmten Intervallen kommen dann im Laufe der

nächsten Jahre, jedesmal durch unbedeutende Gewalteinwirkungen (leichter Stoß, rasche Bewegung, Schleudern eines Steines, schnelles Umdrehen im Bett) verursacht, neue Frakturen zustande. Sie erreichen bis zum 15. Lebensjahre die Zahl von 22, von denen 4 die obere, 16 die untere Extremität und 2 die Rippen betreffen. Verschont bleibt kein langer Röhrenknochen mit Ausnahme des rechten Humerus; am häufigsten befallen werden die Oberschenkel, dann folgen die Unterschenkel und an dritter Stelle die Knochen der oberen Extremität. Die Frakturen heilen in der gewöhnlichen Zeit, bedingen aber, da nur bei wenigen sachkundige Hilfe zur Hand war, sehr erhebliche Verunstaltungen des Skeletts. Die Schmerzhaftigkeit der einzelnen Frakturen ist ziemlich gering; eine Biegsamkeit läßt sich nicht mehr konstatieren. Der Schädel, die Wirbelsäule, das Becken, die Schulterblätter, sowie die Schlüsselbeine, die kleinen Hand- und Fußknochen bleiben intakt. Ein aus der vorderen Tibia corticalis an der Stelle der stärksten Verkrümmung herausgeschlagenes Knochenstück bot Gelegenheit zur genaueren Untersuchung. Das Periost zeigte keine Abweichung von der Norm, es mußte durch den an einzelnen Stellen vorhandenen Kernreichtum als in erhöhter Zelltätigkeit befindlich angesehen werden. Im Knochen fanden sich schollige Gebilde, die nach ihrem stellenweise noch erhaltenen lamellösen Aufbau und vor allem aus dem Grunde, weil sie in normale Knochenbälkchen übergingen, als nekrotische Knochenpartien aufzufassen waren.

Joachimsthal (Berlin).

R. Lammers (Köln a. Rh.), Ein Fall von Schenkelhalsfraktur beim Kinde. (Berliner klin. Wochenschrift. 1904. No. 32.) $4\frac{1}{2}$ jähriger Knabe hinkt seit Jahresfrist, mehr wußten die Eltern nicht anzugeben. Linkes Beinchen in leichter Flexion, Auswärtsrotation und Abduktion. Schenkelkopf an normaler Stelle zu fühlen. Linkes Bein um 1 cm verkürzt, Trochanter steht ein wenig über der Roser-Nélatonschen Linie. Bewegungen nach allen Richtungen eingeschränkt. Linkes Bein etwas dünner.

Die Diagnose Fractura colli femoris wurde erst durch das Röntgenbild gestellt. Solche Schenkelhalsbrüche bei Kindern, ein recht seltenes Vorkommnis, können ohne wesentliche Symptome verlaufen, da meist Einkeilung besteht. Auch hier wußten die Eltern gar nicht, wann und wie sich das Kind den Bruch zugezogen. Da die Fraktur hier schon 1 Jahr bestand, wurde auf besondere Behandlung verzichtet.

Grätzer.

Lanz (Amsterdam), Abrißfraktur des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse. (Wiener klin. Rundschau. 1905. No. 33.) L. gibt die Krankengeschichte eines 13jährigen Mädchens wieder, das obengenanntes Leiden aufwies, und knüpft hieran Bemerkungen über die Erkennung und Behandlung solcher Frakturen.

Grätzer.

Vulliet, La fracture de la tuberosité anterieure du tibia. (Rev. méd. No. 5. S. 342.) Der 17jährige Pat., über den V. berichtet, zog sich den Abriß der Tuberositas tibiae beim Tennisspielen zu,

indem er beim Versuche, einen angefangenen Lauf zu unterbrechen, plötzlich einen heftigen Schmerz verspürte und zu Boden fiel. V. fand am dritten Tage nach dem Unfall am oberen Tibiaende ein Blutextravasat und eine Schwellung in der gesamten Kniegegend. Die Tuberositas tibiae zeigte in Narkose seitliche Beweglichkeit und eine Abhebung der Spitze, die auch besonders deutlich auf dem Röntgenbilde erkennbar war. In einer Schiene kam es zur Anheilung. 2 Monate nach dem Unfall fiel der Kranke und frakturierte den Knochen noch einmal an derselben Stelle. Erneute Heilung in starker Prominenz der Tuberositas tibia. Joachimsthal (Berlin).

H. Gocht, Kombinierter Zuggipsverband. (Zeitschrift f. orthopäd. Chir. Bd. 13. S. 405.) Dem Pat. wird auf einer von G. angegebenen Beckenstütze ein Zugverband angelegt. Derselbe endet, unten den Fuß 20—25 cm überragend, in einem recht breiten festen Spreizbrett. Während dann ein Assistent entsprechend am Spreizbrett zieht, wird der Fuß samt der Knöchelgegend fingerdick gut gepolstert. Gegen die Sitzknorren und die Schambeingegend legt sich fest ein 6—8 cm breiter Streifen Polsterfilz. Darauf folgt ein Gipsverband im Becken und Bein. Ganz zum Schluß wird auch der Fuß bei rechtwinkliger Stellung und fortgesetztem Zug am Spreizbrett in den Gipsverband hineingenommen, derart daß die Zinkpflasterstreifen rechts und links aus dem Verbande heraustreten und an der Durchtrittsstelle fest an der Gipsspalte haften. In diesem Zuggipsverband wirkt der während des Eingipsens gegebene Zug weiter. Nach einigen Tagen wird der Verband im Oberschenkelteil zirkulär aufgeschnitten; es wird dann an dem Spreizbrett so stark gezogen, daß ein Klaffen an der zirkulären Schnittstelle eintritt. In der Spalte werden dann flache Stücke aus Kork eingelegt.

Joachimsthal (Berlin).

Marie Nageotte-Wilbouchewitch, De l'allongement anormal des membres inférieurs. (Archives de méd. des enfants. 1904. No. 11.) Verf. hat beobachtet, daß im Laufe allgemeiner Infektionen oder lokaler Erkrankungen das eine Bein ein stärkeres Wachstum zeigt, als das andere, so daß die Differenz 3 und auch 4 cm betragen kann. In manchen Fällen gleicht sich dieser Unterschied im Laufe der Zeit wieder aus, in anderen bleibt eine Längendifferenz zurück und entwickeln sich in der Folge skoliotische Verbiegungen der Wirbelsäule. In einem Falle, betreffend ein 11jähriges Mädchen, wurde infolge tuberkulöser Affektionen der linken Extremität, die aber nicht zu Eiterung führten, der Femur dieser Seite um 4 cm länger als derjenige der rechten Seite, die immer gesund gewesen war. Ähnliche Veränderungen beobachtet man mitunter nach einer Knieresektion. In allen diesen Fällen ist die Grundursache in einer traumatischen Kongestion des betreffenden Epiphysenknorpels zu suchen, welche durch den Einfluß einer benachbarten Entzündung oder auch einer allgemeinen Infektion zustande kommt, denn es ist bekannt, daß auch allgemeine Infektionen nicht immer symmetrisch beide Seiten des Körpers befallen, sondern sich oft nur auf der einen lokalisieren. Man hat diese Zustände streng von den traumatischen

oder infektiösen Verkürzungen einer unteren Extremität zu unterscheiden, in welchen Fällen es sich nicht um eine erhöhte Aktion des Epiphysenknorpels, sondern vielmehr um eine Zerstörung und folglich um eine Wachstumsbeschränkung desselben handelt.

E. Toff (Braila).

Theodor Brinkmann, Zwei Fälle von Exarticulatio coxae wegen tuberkulöser Koxitis. (Inaug.-Diss. Kiel 1904.) B. berichtet über zwei Fälle von Exarticulatio coxae mit nachfolgender Resektion des Beckens wegen tuberkulöser Koxitis.

In dem ersten Falle handelte es sich um einen Mann von 20 Jahren, der in völlig hilflosem Zustande in die Kieler chirurgische Klinik aufgenommen wurde. Das rechte Hüftgelenk war vollständig ankylotisch, das entsprechende Bein stand in stärkster Adduktion und Innenrotation. Bei einer ersten Operation zeigte sich, daß durch jahrelange Eiterungen Kopf und Schenkelhals vollkommen vernichtet sind. Das Gewebe rings um das Gelenk ist von zahlreichen Fisteln durchsetzt und fibrös entartet. Der Femurschaft ist in weiter Ausdehnung vom Periost entblößt. Eine geringe Kraftanwendung reicht aus, um eine Fraktur des Schaftes zu veranlassen. Trotz dieses weit vorgeschrittenen tuberkulösen Prozesses wird doch zunächst noch konservativ vorgegangen, indem man es bei einer Resektion des Hüftgelenkes und einer gründlichen Säuberung der Fisteln und des erkrankten Gewebes bewenden läßt. Da indes in dem Zustande des Pat. auch jetzt keine wesentliche Besserung eintritt, wird zur Exarticulatio femoris geschritten, nach welcher eine schnelle Besserung in dem Allgemeinbefinden eintritt. Nach Entfernung mehrerer Käseherde aus dem Os ileum erfolgte die vollständige Wundheilung.

In dem zweiten Falle, bei einem 12 jährigen Knaben, bei dem auch die Darmbeinschaufel auf ihrer vorderen Seite in großer Ausdehnung vom Periost entblößt und zernagt war, hielt auch nach der Exarticulatio coxae und energischer Auskratzung aller Fisteln die Sekretion an. Event. wäre von einer Resektion der ganzen Beckenhälfte eine relative Heilung zu erwarten. Joachimsthal (Berlin).

Stich (Königsberg), Zur Anatomie und Klinik der Fussgelenkstuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Resektion. (Bruns Beiträge u. klin. Chirurgie. Bd. 45. Heft 3.) Die Arbeit bezieht sich auf 88 Fälle der Garrèschen Klinik. 69,3 % erkrankten in einem Alter unter 11 Jahren. Hereditäre Belastung spielt eine geringe Rolle, während in etwa 50 % anderweitige Tuberkulose bestand. In $^1/_3$ der Fälle soll ein Trauma vorangegangen sein. In der Hälfte der Gelenkerkrankungen war ein Gelenk, in der anderen Hälfte mehrere Gelenke erkrankt, in 88 % das obere Sprunggelenk. Knorpel war fast immer miterkrankt. Beginn der Erkrankung in 24,6 % der Fälle in der Synovialis, in 75,4 % im Knochen. Hingewiesen wird auf die Wichtigkeit des Röntgenverfahrens zur Feststellung der Knochenerkrankung. Die konservative Behandlung von 15 Fällen führte in 53,3 % zu gutem Resultat. 14 Fälle mit Evidement operativ behandelt ergaben in 46,2 % vorzügliche Resultate, während die Resektion in 50 Fällen 26,2 % vorzügliche und 38,1 %

gute Resultate lieferte. In 11 Fällen wurde Amputation oder Exartikulation nötig. Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

A. Hoffa, Die Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter. (Tuberkulosis. 1905. No. 1.) Die konservative Behandlung der kindlichen Knochen- und Gelenktuberkulose ist in den letzten Jahrzehnten in hervorragender Weise vervollkommnet worden. Sie hat freilich nur dann günstige Resultate, wenn zweckentsprechende Allgemeinbehandlung dazutritt, wie sie z. B. in den Seehospizen stattfindet. Man kann nun nicht alle diese Kinder an die See schicken. Nach H.s Erfahrung ist aber auch Seeluft nicht absolut nötig, die Kinder heilen vielmehr überall dort aus, wo sie sich in staubfreier Waldluft den ganzen Tag im Freien aufhalten können, gute Ernährung und Pflege finden. Es müßten also spezielle Heilstätten für solche Kinder, namentlich in der Nähe großer Städte, geschaffen werden. In Berlin hat sich auf H.s Anregung ein Verein „Berliner Kindererholungsheim" gegründet, der die Mittel sammelt, bei Berlin (zu Hohenlychen) eine derartige Anstalt zu errichten. Im kommenden Frühjahr soll letztere schon eröffnet werden und wird 100 Kinder aufnehmen können. H. gibt die Pläne, aus denen hervorgeht, daß alles recht zweckentsprechend eingerichtet werden soll. Grätzer.

Hans Riemann, Experimenteller Beitrag zur Lehre von der Entstehung der echten, freien Gelenkkörper. (Aus dem path. Inst. d. Univ. Berlin.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 3.) Die bei jugendlichen, mit Tuberkulose behafteten Individuen so häufigen freien Gelenkkörper entstehen nur traumatisch, nicht, wie König es angibt, spontan durch eine sekundäre oder primäre Osteochondritis dissecans. Von dieser fanden sich bei den Experimenten, die an Hunden und Ziegen vorgenommen wurden, niemals Zeichen und Spuren. Dabei spielt die Tuberkulose als disponierendes Moment, das überhaupt erst die Ablösung von Knorpel-Knochenstückchen durch ein Trauma gestattet, eine große Rolle. Aus den Experimenten scheint weiter hervorzugehen, daß das Vorhandensein oder Fehlen eines Blutergusses eine Rolle dabei spielt, ob das abgesprengte, aber event. noch im Zusammenhang mit dem Gelenke stehende Knorpel-Knochenstückchen resorbiert wird oder wieder zur Anheilung gelangt. Bennecke (Marburg).

Broca (Paris), Traitement de la tuberculose articulaire. (Revue pratique d'obst. et de paediatrie. Juillet-Août 1905, p. 205.) Nachdem von verschiedenen Chirurgen durch einige Zeit blutige Eingriffe bei tuberkulösen Gelenkserkrankungen gemacht und empfohlen worden sind, ist man fast überall heute konservativ geworden. Die Allgemeinbehandlung muß ernstlich ins Auge gefaßt werden und außer entsprechender Ernährung und Medikation, ist der Aufenthalt in freier Luft, auf dem Lande oder am Meeresstrande von hervorragender Bedeutung. So lange das Kind immobilisiert ist, darf man dasselbe nicht körperlich verkümmern lassen, sondern durch Massage und rationelle schwedische Heilgymnastik die gesunden Glieder einer entsprechenden Pflege unterwerfen.

Bezüglich der lokalen Behandlung sind die Hydrarthrosen des Kindesalters zu erwähnen, welche, von traumatischen Fällen abgesehen, meist tuberkulöser Natur sind, und für welche die beste Behandlung in Punktion und Einspritzung von Jodoformäther, außer Immobilisierung und regelmäßige Kompression, besteht. Nach sechs bis acht Wochen kann, falls es sich um das Knie handelt, das Gehen mit gut sitzendem Gipsverbande gestattet werden. Es bleibt meist eine leichte Steifheit des Gelenkes zurück, und nach etwa sechs Monaten ist der Prozeß meist geheilt.

Viel ernster muß die Behandlung aufgefaßt werden, falls es sich um tuberkulöse Osteo-Arthritis handelt. Auch hier ist die Immobilisierung, so vollständig als möglich, die Basis der Behandlung. Man halte sich aber vor Augen, daß eine vollständige Unbeweglichkeit des Gelenkes fast unmöglich ist, und daß die Kontentiverbände nur den Zweck haben, falsche Stellungen, Usur der Knochen und Pseudoluxationen hintan zu halten.

Eür die Immobilisierung zieht B. den Gipsverband vor, während Leder- und Celluloidapparate mehr für das Rekonvaleszenzstadium zu reservieren sind.

Vor Anlage des Verbandes muß das kranke Gelenk in eine funktionell gute Stellung gebracht werden, und ist hierzu, sowie auch für das Stillen der Schmerzen, eie langsame Extension von großem Vorteil. Auch die Reduktion unter Narkose gibt gute Resultate, doch soll dieselbe mit Vorsicht vorgenommen werden, um einer Verallgemeinerung des tuberkulösen Prozesses, die mitunter beobachtet worden ist, vorzubeugen.

An den Gelenken bildet die Kompression, wo die Ausführung derselben möglich ist, wie Ellbogen- und Kniegelenk, eine vorteilhafte Unterstützung der Behandlung. Man macht entsprechend den fungösen Teilen ein Fenster in den Gipsverband und übt durch Wattekissen oder Leinwandrollen einen mäßigen Druck auf die kranken Stellen aus.

Als weitere lokale Behandlung wären Revulsionen anzuführen, welche am besten unter der Form von Jodtinkturpinselungen oder Feuerpunkten mit dem Paquelin ausgeführt werden. Weitere gute Resultate geben interstitielle oder, wenn es sich um eitrige Gelenkserkrankungen handelt, intraartikuläre Einspritzungen von 10 %igem Jodoformäther.

Die blutigen Eingriffe, Arthrektomien und Resektionen, sind heute in der Behandlung der tuberkulösen Gelenkserkrankungen fast vollständig verlassen. Hat sich ein kalter Abszeß entwickelt, so wird der Eiter durch Punktion entleert und die obenerwähnten Jodoformeinspritzungen gemacht, und nur wenn diese Behandlung resultatlos bleibt, greift man zur aseptischen Eröffnung und Auskratzung, aber auch hier ist der Eingriff je nach der erkrankten Region verschieden, denn wenn es sich um einen kleinen Tarsalknochen handelt, wird man mit der Entfernung desselben weniger zögern, als wenn es sich um die Erkrankung des Knies oder der Hüfte handelt, da hier selbst eingreifende Resektionen nur mäßige Resultate geben. Es bleiben fast immer tuberkulöse Herde in der Tiefe der Knochensubstanz oder in den Falten der Synovialmembran, und das Hauptaugenmerk muß

dann darauf gerichtet werden, durch eine gute Drainierung dem abgesonderten Eiter einen guten Abfluß zu sichern und weiteren Infektionen und allgemeinen Septikämien entgegenzuarbeiten. Die Amputation ist nach dem Gesagten ein exzeptioneller Eingriff und muß nur in jenen Fällen ausgeführt werden, wo dieselbe allein imstande ist das Leben zu retten.

Die Behandlung der tuberkulösen Gelenkserkrankungen dauert monate- und jahrelang, und die Immobilisierung darf nur dann aufhören, wenn jeder spontane Schmerz verschwunden ist, die fungösen Massen resorbiert sind und der Druck auf die Teile keinerlei Schmerzen hervorruft, die Behandlung muß dann mit orthopädischen Apparaten fortgesetzt werden. E. Toff (Braila).

C. Savoire, Les Oeuvres de préservation de l'enfance contre la tuberculose en France. (Tuberculosis. 1905. No. 3.) S. gibt eine eingehende Darstellung der in Frankreich zum Schutze der Kinder gegen die Tuberkulose getroffenen Maßnahmen. Er unterscheidet dabei die Fürsorge für die Kinder im Elternhause und für die Schulkinder.

Für letztere gab 1903 Grancher die Anregung, welcher betonte, daß die wichtigste Aufgabe der Tuberkuloseverhütung die Fürsorge für die noch gesunde Nachkommenschaft tuberkulöser Familien sei. Es wurde der Verein „Oeuvre de préservation de l'enfance" begründet, und Granchers Vorschlag, die noch von Tuberkulose freien Kinder aus dem Elternhause herauszunehmen und auf dem Lande bei kinderlosen Leuten gegen mäßige Entschädigung unterzubringen, erwies sich als wohl ausführbar (Näheres s. Original). Die bisherigen Erfolge sind sehr ermutigend.

Die Fürsorge für die Schulkinder geht darauf hinaus, die kranken und verdächtigen Kinder herauszufinden vermittelst einer sehr eingehenden Untersuchung, welche besonders die ersten Anfänge des Leidens zu erkennen sucht. Es werden nach dieser Richtung hin Direktiven gegeben und speziell betont, daß die abgeschwächte Inspiration das erste Zeichen der tuberkulösen Lungenveränderung ist. Nach dem Ergebnis der Untersuchung werden drei Kategorien unterschieden: gesunde, kranke, verdächtige Kinder. Letztere werden nach 2, 3, 12 Monaten nachuntersucht und den gesunden oder kranken Kindern zugeteilt. Letztere zerfallen ihrerseits in schwer-, mittel- und leichtkranke. Die schwerkranken müssen aus der Schule und event. ins Krankenhaus, die mittelschweren Fälle bleiben nur solange in der Schule, bis die Vereinsmittel dazu ausreichen, sie in Seeheilstätten oder aufs Land zu schicken. Die leichtkranken Kinder erhalten stärkende Kost, täglich in der Schule eine Portion Fleischpulver und ein Löffel Lebertran. Ein Verein „Oevre de préservation scolaire" bewirkt dies, und praktische Versuche an einigen Schulen sind bereits im Gange. Grätzer.

Felix v. Szentagh, Über infantile Tuberkulose. (Budapesti orvosi ujság. 26. I. 1905.) Nach eingehender Besprechung der fremden und eigenen Erfahrungen und Statistiken kommt S. zu folgendem

Endresultate. Bei Kindern ist die Inhalationstuberkulose die häufigste, die Fütterungstuberkulose ist selten, ob sie ehestens durch Milch verursacht ist, ist noch fraglich, da die Bazillen auch auf anderem Wege in den Rachen gelangen können. Ernö Deutsch (Budapest).

Guiseppe Olivi, Über den diagnostischen und prognostischen Wert der zytologischen Blutuntersuchung bei der kindlichen Tuberkulose. (Rivista di Clinica Pediatrica. XII. 1904.)
Verf. hat seine Untersuchungen an 78 Kindern angestellt, von denen die meisten an Tuberkulose, ein Teil auch an anderen akuten und chronischen Krankheiten litt. Aus seinen Untersuchungen ergab sich folgendes:

In allen Fällen von diffuser Lungentuberkulose und in den Fällen von generalisierter Tuberkulose, sowie überall da, wo die Tuberkulose zwar lokalisiert, aber schwer und akut verlaufend ist (Peritonitis, Meningitis), findet sich fast konstant eine Vermehrung der neutrophilen Polynukleären.

Wo dagegen der tuberkulöse Prozeß besonders das Lymphsystem und die Milz befallen hat, findet man eine Vermehrung der Lymphozyten. Dieser Befund ist jedoch nicht konstant.

Der Prozentsatz der neutrophilen Polynukleären und der Lymphozyten ist bei der Adenopathia tracheo-bronchialis und der tuberkulösen Pleuritis fast immer unverändert.

In jedem Fall von Tuberkulose, sei sie akut oder chronisch, lokalisiert oder diffus, besteht fast konstant erhebliche Verminderung der Eosinophilen; in sehr schweren Fällen verschwinden sie ganz.

Dagegen findet man Vermehrung der Eosinophilen in den Fällen von lokalisierter Tuberkulose, in denen die Blutuntersuchung zur Zeit angestellt wird, wo der lokale Prozeß sich in Resolution befindet.

Geringe Vermehrung der Eosinophilen besteht auch da, wo die Pat. mit gewissen Medikamenten (Jodpräparaten) behandelt werden.

Bei der Tuberkulinbehandlung hat man eine sehr erhebliche Abnahme der Eosinophilen während der Fieberperiode, dagegen ausgesprochene Eosinophilie, wenn die Temperaturkurve abfällt.

Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß der Zytologie bei der Tuberkulose nur ein bedingter diagnostischer Wert zukommt, daß dagegen das Verhalten der Eosinophilen einen wertvollen prognostischen Hinweis gibt. Aus der Tatsache, daß dieselben bei der Tuberkulose abnehmen, bisweilen fast völlig verschwinden, dagegen, wenn der infektiöse Prozeß in Resolution ist, wieder erscheinen, ja zunehmen, ferner bei Tuberkulinbehandlung während der Fieberperiode verschwinden, um bei Temperaturabstieg sich wieder zu zeigen, folgert Verf., daß die Bakterienprodukte eine chemotaktische negative Wirkung auf die Eosinophilen ausüben, während die resorbierten Zellprodukte während der Resolutionsperiode keine positive chemotaktische Wirkung ausüben. Die geringe Zahl der Eosinophilen gibt also einen Hinweis auf die Menge der im Blut zirkulierenden Toxine und auf die Schwere der Erkrankung, während ihre Zunahme dafür spricht, daß der Organismus sich von den toxischen Produkten befreit und daß der Krankheitsprozeß in Lösung sich befindet. F.

Béla Schick, Die diagnostische Tuberkulinreaktion im Kindesalter. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 6.) Verf. stellte aus dem Material der Grazer Klinik vom Jahre 1895—1900 120 Fälle zusammen, die zu diagnostischen Zwecken mit Alt-Tuberkulin injiziert worden waren. Das Alter der Kinder schwankte zwischen 3 Monaten und 14 Jahren. Die Injektionen erfolgten teils an klinisch schon tuberkulös sich erweisenden Kindern zur Beurteilung der Verläßlichkeit des Tuberkulins, teils zur Entscheidung klinisch zweifelhafter Fälle. Eingespritzt wurde 0,4—0,8 mg Tuberkulin am Unterarm. Zwei Momente verleihen dem Verlaufe der Tuberkulinreaktion im Kindesalter ein eigentümliches Gepräge: Einmal das bedeutend häufigere Vorkommen der sogen. protrahierten Reaktion, d. h. des Anhaltens der Temperatursteigerung während mehrerer Tage, und des weiteren die große Zahl von mitunter recht intensiven Reaktionen an der Injektionsstelle (Stichreaktion nach Escherich), die oft Tage zur vollkommenen Heilung beanspruchten. In den schlimmsten Fällen bestand diese Stickreaktion in hochgradiger ödematöser Schwellung des ganzen injizierten Armes mit erysipelatöser Rötung und hochgradiger Empfindlichkeit. Daß diese Stichreaktion eine spezifische ist, glaubt Verf. in Bestätigung von Epstein und Escherisch. Für die Spezifität der Stichreaktion sprechen folgende Momente: Es ist kein Fall bekannt, in dem bei sicher ausgeschlossener Tuberkulose Stichreaktion vorgekommen wäre. Bei sicher Tuberkulösen ist die Stickreaktion manchmal das einzige Zeichen der positiven Reaktion; solche Individuen zeigen dann bei Steigerung der Dosis neben dieser Stich- auch eine Allgemeinreaktion. Für besonders wichtig hält Verf. das Auftreten der Stichreaktion im Verlaufe einer Immunisierung mit Tuberkulin, wobei nach Aufhören des Fiebers die Stichreaktion noch häufig kenntlich bleibt. Dabei läßt sich kein vollkommen gesetzmäßiges Verhältnis zwischen Intensität der Allgemein- und Stichreaktion erkennen. Wie beim Erwachsenen zeigt sich auch beim Kinde, daß bei gleicher injizierter Menge die Allgemeinreaktion um so intensiver ausfällt, um so stürmischer verläuft, je kürzere Zeit seit der Infektion mit Tuberkulose oder seit dem letzten Krankheitsausbruch verstrichen ist. Die Ansicht des Verf. geht dahin, daß das Alttuberkulin mit entsprechend vorsichtiger Dosierung angewendet ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel ist.

Hecker.

H. Silbergleit (Posen), Beiträge zur Entstehung der akuten allgemeinen Miliartuberkulose.) (Aus d. path.-anat. Abt. d. kgl. hygien. Inst. in Posen.) (Virchows Archiv. 179. 1.) Auf Grund von 31 Fällen von akuter allgemeiner Miliartuberkulose tritt Verf. der Ansicht Weigerts über die Entstehung der Miliartuberkulose bei. In ca. 71 % der Fälle gelang der Nachweis eines großen, infektionstüchtigen Gefäßtuberkels. Diese Zahl würde sich, wenn günstigere äußere Verhältnisse vorgelegen hätten, beträchtlich erhöhen (95,6 %). Der Ribbertschen Theorie, nach der die akute allgemeine Miliartuberkulose schubweise, unter starker Vermehrung der ins Blut gelangten Bazillen in den sogen. Proliferationsherden entstehen soll, tritt Verf. scharf entgegen.

Für eine Anzahl von Fällen ist die Unmöglichkeit des Nachweises eines Weigertschen Gefäßtuberkels darauf zurückzuführen, daß gar keine akute allgemeine Miliartuberkulose vorliegt, sondern daß es sich um eine „chronische allgemeine Tuberkulose" handelt, wie sie sich so sehr häufig bei kleinen Kindern findet. Hiefür werden 5 Sektionsprotocolle mit mikroskopischem Befunde angeführt.

Bennecke (Marburg).

Gottfried Schwarz, Zur Pathogenese der akuten allgemeinen Miliartuberkulose. (Aus der Prosektur des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitals in Wien.) (Zentralblatt f. allgem. Pathol. und pathol. Anatomie. Bd. XVI. No. 7.) Bei der Sektion zweier Fälle von akuter allgemeiner Miliartuberkulose wurden die „Gefäßtuberkel Weigerts" nachgewiesen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich in beiden Fällen nur sehr spärliche Tuberkelbazillen. Verf., der sich als Schüler Weigerts bekennt, schließt daraus, daß dies nicht die eigentlichen „pathogenen" Gefäßtuberkel seien, sondern daß diese wahrscheinlich noch an einer anderen Stelle säßen. (Nachgewiesen wurden sie aber nicht. Ref.).

Die Mitteilung der Fälle geschah, um andere Untersucher in derartigen Fällen stets zu einem mikroskopischen Nachweis der Tuberkelbazillen in dem Gefäßtuberkel zu veranlassen und um vor einem Aufgeben des weiteren Suchens nach ihnen, auch wenn ein noch so großer gefunden ist, zu warnen.

Bennecke (Marburg).

H. Beitzke, Über den Weg der Tuberkelbazillen von der Mund- und Rachenhöhle zu den Lungen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 31.) B. hat bei einer größeren Anzahl tuberkulöser Kinderleichen das Verhalten der Lymphdrüsen studiert. Es fand sich, daß mit wenigen Ausnahmen die älteste und schwerste Veränderung in den Bronchialdrüsen sitzt, von wo aus gewöhnlich eine bis zur Mündung der Trunci lymphatici aufsteigende Drüsentuberkulose besteht. In vielen Fällen findet sich nebenher eine von den Submaxillardrüsen aus absteigende Tuberkulose der Halslymphdrüsen, welche aber fast stets bedeutend geringer und frischer ist als die intrathorakale Drüsentuberkulose. B. folgert daraus, daß bei Kindern in der Regel die Bronchialdrüsen der erste Sitz der tuberkulösen Erkrankung sind, während die Halsdrüsentuberkulose lediglich eine nebenher verlaufende Affektion ist, der eine Rolle in der Genese der Lungentuberkulose beim Menschen nur ausnahmsweise zukommt. Die Eintrittspforte bei der Lungentuberkulose der Kinder ist jedenfalls in der Regel in der Lunge resp. dem Bronchialbaum selbst.

Grätzer.

P. Mignardot, Trachéotomie et tuberculose. (Inaug.-Diss. Paris. 1904.) Die Arbeit gibt die Ansichten Landouzys über diese Frage wieder und gelangt zum Schlusse, daß Traumen der Luftröhre und namentlich die Tracheotomie, eine gewisse Prädisposition für die Tuberkulose schaffen. Der Grund dürfte in den Verengerungen zu suchen sein, welche durch die Operation im Lumen der Trachea bewirkt werden, namentlich durch die Narbe der Operationswunde. Verfolgt man Kinder, welche Tracheotomie überstanden haben, in ihrem

späteren Lebenslaufe, so sieht man, daß ein großer Teil derselben tuberkulös erkrankt, und es ist also empfehlenswert, derartige Patienten im Auge zu behalten und sie unter möglichst hygienischen Bedingungen aufwachsen zu lassen und auch anderweitig prophylaktisch dem Ausbruche der Lungenschwindsucht entgegenzuarbeiten.

E. Toff (Braila).

Roux (Cannes), Cardio-cirrhose tuberculeuse. Importance étiologique du traumatisme. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Juillet 1905.) Das 11jährige Mädchen hatte ein heftiges Trauma gegen die untere Sternalgegend erlitten und zeigte zwei Tage später die Symptome einer Perikarditis, es bestanden große Mattigkeit und Atembeschwerden, aber keine Schmerzen. Eine vorgenommene Punktion des Herzbeutels ergab etwa 500 g einer serös-eitrigen Flüssigkeit. Eine Woche später wurde eine zweite Punktion vorgenommen und etwa 700 g einer ähnlichen Flüssigkeit entfernt. Nach 7 Monaten traten Symptome einer Leberzirrhose auf, es wurden mehrfache Punktionen vorgenommen und 5, dann 7 und endlich 9—10 l Aszitesflüssigkeit extrahiert. Es bestand Infiltration beider Lungenspitzen, Vergrößerung der Hals- und tracheobronchitischen Lymphdrüsen.

Das Interesse des Falles liegt darin, daß die wahrscheinlich latent bestehende Tuberkulose infolge eines Traumas zur Entwicklung gelangte, sich eine Herzsymphyse gebildet hatte und es im weiteren Verlaufe zur Bildung einer bedeutenden Leberzirrhose gekommen ist. Letztere dürfte ebenfalls tuberkulöser Natur sein und eher auf eine bazilläre Invasion von seiten der tuberkulösen Drüsen, als auf eine vom Herzen fortgeleitete Perihepatitis zurückzuführen sein.

E. Toff (Braila).

Haike (Berlin), Tuberkulöse Ohrerkrankungen im Säuglingsalter. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 24.) H. beobachtete im städtischen Kinderasyl fünf Fälle tuberkulöser Ohrerkrankungen, deren erste Erscheinungen von der fünften Lebenswoche bis zum siebenten Lebensmonat auftraten, und die alle in wenigen Wochen oder Monaten, spätestens vor Ablauf des dritten Lebensquartals, ihr Ende fanden. Vier der Kinder stammten von phthisischen Müttern, bei dem fünften war das nicht zu eruieren. Der Infektionsgang war meist deutlich gezeichnet, makroskopisch schon nachweisbar bei dem einen Kinde, wo am harten und weichen Gaumen die tuberkulöse Aussaat sichtbar war, während bei den anderen Fällen die tuberkulöse Erkrankung der Tubenschleimhaut vom Rachen bis in die Pauke hinein zu verfolgen war. Es ist klar, daß hier eine direkte Übertragung durch die phthisischen Mütter stattgefunden hat. Die Gelegenheiten dazu sind ja zahllos: das Auswischen des Mundes, das Benetzen des Lutschers mit Speichel, das Vorkosten der Milch, das Küssen usw. In zwei Fällen könnte es fraglich sein, ob nicht etwa das Sputum der erkrankten Lungen beim Erbrechen nach Art der Infektion, wie sie bei Erwachsenen nicht selten ist, auf dem Wege durch die Tube, die Ohrerkrankungen herbeigeführt habe. In den übrigen Fällen aber darf man aus den ausgedehnten Zerstörungen des Gehörorgans und der fehlenden oder nur in einer Erkrankung

der Bronchialdrüsen ihren Ausdruck findenden Lungenerkrankung schließen, daß die Tuberkulose des Ohres der primäre Prozeß war; und das weitere Fortschreiten zu den Drüsen der Bronchien und — in einem Falle — den Drüsen fast aller übrigen Körperregionen hat man sich wohl so vorzustellen, daß entweder von den Drüsen des Warzenfortsatzes, die in allen Fällen verkäst gefunden worden sind, das Virus den Weg durch die Lymphbahnen am Halse entlang zu den Bronchialdrüsen und weiter genommen hat, oder daß es von derselben Stelle der Einimpfung im Munde und Rachen, wie nach dem Ohr, so auch in andere Körpergewebe den Weg gefunden hat.

Die Eintrittspforte des tuberkulösen Giftes lag also im Mund und Rachen, obwohl nur in dem einen Falle dies sich durch einen tuberkulösen „Primäraffekt" sofort offenbarte. Das ist aber gerade charakteristisch für die Säuglingstuberkulose überhaupt, daß die örtliche Erkrankung der Eintrittstelle im Säuglingsalter meist fehlt oder zurücktritt hinter der der Lymphwege und der Drüsen in der Gegend der Eintrittspforte. Auch beim Erwachsenen stellt übrigens die Tube einen nicht allzu seltenen Infektionsweg für das Ohr dar, aber in ganz anderem Sinne als beim Säugling; dort ist sie nur Durchgangsweg für das ausgehustete Sputum, fast nie aber Sitz der Erkrankung. Beim Erwachsenen wird überhaupt fast nie eine primäre Erkrankung des Gehörorgans getroffen, sondern die Tuberkulose etabliert sich hier in der Regel erst in späten Stadien der Lungenphthise.

Auch der ganze Verlauf zeigt bemerkenswerte Unterschiede. Während bei Erwachsenen selbst ein rapides Fortschreiten der Erkrankung auf den Knochen wenigstens Monate, meist aber sehr viel längere Zeit in Anspruch nimmt, gehen die Zerstörungen am Schläfebein des Säuglings mit unheimlicher Geschwindigkeit vor sich. Bei einem 5 Wochen alten Kinde trat schon wenige Tage nach dem Erscheinen der Eiterung eine Facialisparalyse auf, und bei dem nach 3 Wochen erfolgten Tode erschienen nicht nur die Gehörknöchelchen fast vollständig zerstört, sondern auch die Eiterung auf das Labyrinth fortschreitend. Bei dem im Alter von 7 Wochen nachweisbar erkrankten Kinde sah H. nach 14 Tagen komplette Facialislähmung und bei dem 6 Wochen nach Beginn der Erkrankung erfolgten Tode bereits Tuberkel in der Schnecke.

Eine wirksame Therapie kann da selbst im ersten Beginn der Erkrankung kaum mehr eingeleitet werden. Alles Heil liegt in der Prophylaxe. Die tuberkulöse Umgebung des Säuglings ist auf die Gefahren hinzuweisen und zu belehren, der gefährdete Säugling, wenn irgend möglich, aus seiner Umgebung zu entfernen. Grätzer.

Jirásek, Zweimalige Heilung von Meningitis tuberculosa bei ein und demselben Individuum. (Revue v. neuropatologii, psychiatrii etc. September 1904.) Ein, einer tuberkulösen Familie entstammendes elfjähriges Mädchen erkrankte vor vier Jahren an einer, sämtliche Symptome darbietenden Meningitis tuberculosa. Besonders prägnant waren die Druckerscheinungen seitens der Gehirnbasis, manche Symptome, wie Aphasie, Lähmung dauerten bis in den fünften Monat hinein, worauf gänzliche Heilung erfolgte.

Zwei Jahre darauf wiederholte sich der ganze Symptomenkomplex, jedoch in verminderter Intensität. Auch diesmal war vollkommene Heilung als Endausgang eingetreten. — Verf. folgert daraus, daß die Meningitis tuberculosa heilbar sei. Gabel (Lemberg).

Th. Axenfeld, Über solitäre Tuberkulose der Aderhaut. (Aus der ophthalmolog. Klinik der Universität in Freiburg i. Br.) (Medizin. Klinik. 1905. No. 16.) Ein achtjähriges Mädchen, mit tuberkulösem Spitzenkatarrh behaftet, bot am rechten Auge folgenden Befund dar:

Das Oberlid hängt ein wenig herab. Der Augapfel ist etwas vorgetrieben und steht in leichter Konvergenzstellung, die Bewegung nach außen ist um zirka 3 mm eingeschränkt, nach den anderen Seiten ist sie frei. Die vorderen Ziliarvenen und die Gefäße der Conjunctiva bulbi sind ein wenig stärker gefüllt, als auf der linken Seite. Cornea klar, ihre Oberfläche eine Spur gestippt infolge einer leichten Drucksteigerung. Pupille weit und starr, Iris deutlich atrophisch, aber ohne Residuum von Entzündung. Linse, Glaskörper klar. Beim Versuch, den Bulbus in die Orbita zurückzudrücken, zeigt sich ein erhöhter Widerstand.

Mit dem Augenspiegel erhält man vom ganzen hinteren Pol einen hellen weißgelblichen Reflex, der andeutungsweise auch schon bei gewöhnlichem Tageslicht hervortritt. In dem gelblich reflektierenden Gebiet heben sich schon beim einfachen Hineinleuchten graue, unregelmäßige Schattierungen ab. Sonst aber sind, weder im aufrechten noch im umgekehrten Bilde, keinerlei Einzelheiten sichtbar; weder läßt sich eine Papille, noch ein Netzhautgefäß nachweisen. An den schiefrigen Zeichnungen kann man jedoch eine Hypermetropie von 5,0 Dioptrien nachweisen, ein Umstand, der für eine Prominenz der gelblichen Masse spricht. Die Ausdehnung der letzteren geht nach allen Seiten bis etwa 40°; dann schließt sich ein graurötliches Gebiet an, in welchem die deutlichen Zeichen einer flachen, flottierenden Netzhautablösung sich finden, die sich bis in die äußerste Peripherie erstreckt. Auch in diesem peripheren Gebiet sind nur vereinzelte Spuren von Netzhautgefäßen wahrzunehmen. Es bestand absolute Amaurose.

Es ging aus diesem Befunde hervor, daß in der Gegend des hinteren Augenpols eine Tumormasse lag, welche als flache Scheibe sich nach dem Augeninneren vorwölbte, aber gleichzeitig nach der Orbita hin eine Prominenz hervorgerufen haben mußte. Um Sarkom der Chorioidea konnte es sich kaum handeln, ebensowenig um eine septisch-metastatische Erkrankung. Nahe dagegen lag der Verdacht auf Solitärtuberkulose (wofür auch der Lungenspitzenkatarrh sprach), auf endogenem Wege sekundär entstanden.

H. hält die Enukleation eines solchen Auges für geboten, da das schwer tuberkulöse Auge seinerseits dem übrigen Körper neue Gefahren bringen kann. Das bewies auch die anatomische Untersuchung des Auges: dieselbe zeigte, daß die von der Aderhaut ausgehenden tuberkulösen Massen, die in ihrem Inneren ausgedehnte Verkäsung und infolge Eindringens der subretinalen Flüssigkeit starke cystoide Hohlräume aufwiesen, die Sklera bereits durchbrochen und große retrobulbäre Wucherungen hervorgebracht hatten; die Papille erschien bereits vollständig von ihnen durchwachsen, Arteria und Vena retinal zerstört. Grätzer.

Schwartz (Gleiwitz), Heilung eines Falles von Augentuberkulose durch Marmoreks Serum. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 34.) Ein 16jähriger Junge war vier Wochen vorher durch einen Wurf mit loser Schlackenerde am rechten Auge verletzt worden.

Es handelte sich nun offenbar um eine Inokulation von Tuberkelbazillen ins verletzte Auge; denn der „brustkranke“ Vater reinigte dem Pat. 6 Tage nach dem Trauma das verletzte Auge mit seinem Taschentuch. Jedenfalls lag erwiesenermaßen Augentuberkulose vor. Diese wurde geheilt durch 37 Einspritzungen mit zusammen 289 ccm des Antituberkuloseserums.

Grätzer.

Franz Steinitz und **Richard Weigert,** Über Demineralisation und Fleischtherapie bei Tuberkulose. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 61. Heft 1.) Um zu entscheiden, ob bei Tuberkulösen die von Robin supponierte „Demineralisation“, d. h. eine schädliche Verarmung an fixen Bestandteilen, vorhanden ist, wurde der gesamte Körper eines Tuberkulösen und zwar eines an klinisch sichergestellter Tuberkulose gestorbenen Kindes chemisch untersucht. Es fand sich, daß der Inhalt an Kalk, Phosphor und Magnesia etwas vermindert, Chlor und Natrium dagegen vermehrt waren; der Kaliumwert war indifferent, der Eisengehalt spielte wegen der absolut kleinen Menge keine Rolle. Eine eigentliche Demineralisation war also nicht vorhanden. Ausgehend von der Tatsache, daß Gichtiker gegen Tuberkulose relativ immun sind und daß eine große Reihe von Fleischfressern schwer oder gar nicht mit Tuberkulose zu infizieren sind, versuchten die Verff. nach dem Beispiel von Le Coat de Kervéguen den Körper tuberkulöser Kinder durch Anreicherung mit Mineralien chemisch umzustimmen. Die Versuche wurden mit rohem Fleisch gemacht. Im Gegensatz zu den glänzenden Berichten französischer Autoren wurde in allen Fällen mit der Fleischtherapie (Zomo-Therapie) ein eklatanter Mißerfolg erzielt, was den lokalen Befund auf der Lunge betrifft. Die meist im Anfange der Fleischkur beobachtete, nicht unbeträchtliche Körpergewichtszunahme darf nicht als spezifischer Heileffekt aufgefaßt werden, sondern ist die Folge des Wechsels im Ernährungsregime, sowie der besseren Ernährungs- und Pflegeverhältnisse bei den gewöhnlich armen Patienten.

Hecker.

Guyot, Die Implantationstuberkulose des Bauchfells, ihre Entstehung und Beziehungen zu der Entzündungslehre. (Aus d. path. Institut zu Berlin.) (Virchows Archiv. Bd. 179. H. 3.) Die Ergebnisse der interessanten Arbeit sind folgende: Zur Entstehung einer Implantationstuberkulose, die sich besonders im kleinen Becken — dem „Schlammfang“ der Bauchhöhle —, wo sie der Darmperistaltik nicht erreichbar ist, lokalisiert, müssen die Tuberkelbazillen frei in die Bauchhöhle gelangen. Dies geschieht direkt bei Durchbruch oberflächlich unter der Serosa befindlicher tuberkulöser Herde und indirekt auf dem Lymphwege, z. B. auch von der Brusthöhle her, durch retrograden Transport, wobei die Bazillen aus den Lymphspalten austreten. Bei beiden Formen der Implantationstuberkulose — konfluierende Granulationsbeläge und isolierte, meist kurzgestielte Konglomerattuberkel — zeichnen sich durch ihren oberflächlichen Sitz und deutliche Vascularisation gegenüber anderen tuberkulösen Prozessen aus. Die Menge der Bazillen soll entscheidend sein, welche der beiden Formen entsteht. Bei Serosaepithelien, deren angezweifelte

epitheliale Natur betont wird, beteiligen sich nicht aktiv bei der Bildung der Tuberkel. Sie gehen vielmehr aus ausgewanderten Zellen hervor.

Bennecke (Marburg.)

Alb. Uffenheimer, Echte primäre Perlsucht des Bauchfells beim Kinde. (Aus d. Kgl. Univers.-Kinderklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 29.) U. berichtet über einen interessanten Fall, der offenbar eine primäre Infektion durch den Darmkanal darstellt. Das einjährige Kind starb. Aus dem Sektionsprotokoll seien folgende Stellen hervorgehoben:

„Die vorliegenden Dünndärme sind stark gebläht und allenthalben mit platten, rundlichen Knoten bedeckt, die von Hirsekorn- bis über Erbsengröße erreichen, ein graurötliches Aussehen haben, in der Mitte zum Teil pigmentiert sind und im ganzen eine markige Konsistenz besitzen. An einigen Stellen sind mehrere Knoten konfluiert bis zu Zehnpfennigstückgröße. Eine Anzahl der größeren Knoten sind von starken Gefäßinjektionen umgeben. Das Peritoneum parietale der rechten Seite ist vielfach verdickt und zeigt an den Stellen, wo Verwachsungen sich befinden, starke Gefäßneubildung. Das Netz, das auf der linken Seite noch fast unverwachsen mit der Bauchwand ist, zeigt hie und da Knoten von Hirsekorngröße von grauem Aussehen und ebenfalls markiger Konsistenz."

„Das Gekröse des Dünndärme hat eine sehr starke Schwellung der Mesenterialdrüsen aufzuweisen. Auf dem Durchschnitt zeigen sie starke Trübung des Drüsenparenchyms und vielfach kleine Verkäsungen.

Die auf dem Darm sitzenden, oben beschriebenen Knötchen repräsentieren sich bei der Herausnahme als der Submucosa direkt aufsitzend. Nahe der Schleimhautseite zeigt sich keine Veränderung. Es gelingt leicht, die Knötchen zusammen mit der Serosa vom Darm abzupräparieren. Ein Teil der Knötchen ist nur durch dünne, mehr weniger lange Stränge am Darm befestigt, und ist nach der Bauchhöhle zu frei beweglich. Hie und da ziehen auch solche Pseudoligamente, die kleine Knötchen enthalten, vom Darm zu anderen Organen hinüber.

Die meisten Knoten befinden sich auf dem Dünndarm, aber auch der Dickdarm ist nicht frei von ihnen, zumeist ist rings um die größeren Knoten eine Anzahl ebenfalls subserös sitzender, grauer, miliarer Tuberkel gelagert."

Es handelte sich offenbar um eine Tuberkuloseinfektion durch den Darm. Die Bazillen haben jedenfalls, ohne zunächst in der Darmwand zu haften, sogleich die Mesenterialdrüsen infiziert und von diesen aus ist dann die Perlsuchterkrankung der Darmserosa entstanden. Die Infektionsquelle war wohl in dem seit langem lungenleidenden Vater des Kindes zu suchen; die Milch, die das Kind trank, war immer gekocht.

U. glaubt nicht, daß die Entstehung einer solchen Perlsuchterkrankung nach Infektion mit menschlichen Tuberkelbazillen für unwahrscheinlich gehalten werden dürfe. Allmählich bricht sich ja die Ansicht Bahn, daß diese eigenartigen Perlsuchtsformen nichts anderes darstellen, als eine abgeschwächte, chronisch verlaufende Tuberkulose. Daß gerade beim Rind diese Formen so häufig vorkommen, muß eben darauf darauf zurückgeführt werden, daß sein Organismus in spezifischer Weise abschwächend auf den Tuberkelbazillus einzuwirken pflegt.

Was obigen Fall besonders bemerkenswert macht, war der Umstand, daß die Erscheinungen der menschlichen Tuberkulose völlig fehlten.

Grätzer.

O. Wagener, Über die Häufigkeit des primären Darmtuberkulose in Berlin. (Aus dem Krankenhause Bethanien.) (Ber-

liner klin. Wochenschrift. 1905. No. 5.) Nach seinen Erfahrungen kommt W. zu dem Schlusse, daß in Berlin eine primäre Infektion durch den Darm häufig vorkommt, — auf dem Sektionstische wenigstens. Er führt 410 Sektionen an mit 20 Fällen von primärer Darmtuberkulose = 4,7 %, hiervon 67 Sektionen im Alter von 1—15 Jahren mit 11 Fällen von primärer Darmtuberkulose = 16,4 %.

Zahlreiche interessante Sektionsergebnisse bringt W. im Detail.

Grätzer.

Muscatello, Multiple Narbenstenose des Darms infolge Tuberkulose. Verschluß durch Ascariden. (XVII. Kongreß der Societa Italiana di Chirurgia.) Ein $5^1/_2$jähriges Mädchen hatte seit dem Alter von 6 Monaten an zunehmender Obstipation gelitten; seit 5 Tagen Symptome von Darmverschluß. Es wurde operiert und man fand 6 zirkuläre Narben im unteren Teil des Ileus; in der Bauchhöhle fand sich Flüssigkeit. Über der ersten Narbe wurde ein Anus iliacus angelegt; man fand an dieser Stelle den Darm durch Ascariden verlegt. Nach Besseruug des Allgemeinzustandes und Ausscheidung der Faeces per vias naturales wurde der Anus praeternaturalis geschlossen.

F.

Ide, Zur O-Wirkung der Seeluft. (Zeitschrift f. physikal. u. diät. Therapie. Bd. 9. Heft 4.) Durch eine Reihe von Versuchen ist festgestellt, daß das Seeklima allein eine Erhöhung der O-Aufnahme herbeizuführen imstande ist. Der Verf. ist überzeugt, daß die vermehrte O-Aufnahme eine erhöhte und intensivere Oxydation in den Geweben verursacht, und sieht darin die spezifische Heilwirkung der Seeluft.

Freyhan (Berlin).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 22. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Düsseldorf am 6. August 1905.

Hermann (Süchteln) berichtet über einen **Fall von Status hystericus** bei einem 13jährigen Knaben. 4 Wochen nach einem Kopftrauma traten epileptische Anfälle auf, die sich zu einem schweren und bedrohlichen Status anhäuften. Durch Versetzung in eine Irrenanstalt und Überrumpelungstherapie Heilung. Amnesie.

Zur Diskussion teilt Herr Selter einen ähnlichen Fall mit, den er allerdings für Epilepsie gehalten hat. Die Unterscheidung von Hysterie und Epilepsie dürfte nicht selten auf Schwierigkeiten stoßen, die bei Anstaltsbehandlung leichter überwunden werden.

Paffenholz (Düsseldorf) berichtet über seine Beobachtung an einem Falle von **angeborener Pylorusstenose**, der in Heilung überging.

Weyl stellt einen Fall vor, den er im Alter von 3 Monaten mit einem Ge-

wichte von 2850 g in Behandlung bekam. Anamnese: Erbrechen vom achten Lebenstage ab, trotz verschiedenster Ernährungsmethode, Abmagerung und Verstopfung. Symptome: ruckweises Erbrechen nach jeder oder jeder zweiten Nahrung, deutliche antiperistaltische Magenbewegungen durch die papierdünnen Bauchdecken sichtbar, Tumor des Pylorus (?), Hungerstuhl — das typische Bild der Pylorusstenose. Durch geringe Opium-Belladonna-Gaben vor der Nahrung und teelöffelweise Verabreichung von Selterscher Buttermilch gelang es ihm innerhalb 6 Wochen den anscheinend nur nervösen Pylorospasmus zum Schwinden zu bringen. Ob dieser Spasmus kongenital gewesen ist oder durch unzweckmäßige Ernährung in den ersten Lebenstagen hervorgerufen wurde, läßt sich nicht mehr aufklären.

Zur Diskussion tritt Herr Rensburg für möglichst langes Abwarten ein, da selbst in extremen Fällen noch Heilung ohne Operation beobachtet wurde. Durch zu vieles Operieren werde mehr geschadet als durch zu langes Abwarten. Zur Entscheidung dieser Frage müssen auch die Fälle aus der Privatpraxis herbeigezogen werden, deren möglichst zahlreiche Veröffentlichung daher notwendig.

Selter will die Operation ebensowenig wie die Magenausspülungen entbehren. Man soll sich nicht auf den apodiktischen Standpunkt stellen, wir können die Operation entbehren, ebensowenig sagen, wir müssen alles operieren, natürlich ist die Indikationsstellung schwer.

Hofmann führt aus: Man muß zwischen anatomischer, absoluter und relativer Stenose angeborenen Charakters und zwischen akquiriertem Pylorospasmus unterscheiden. Letzterer ist intern zu behandeln, während die Stenose, vor allem die klinische absolute Stenose, mittels Gastroenterostomose zu behandeln ist. Diese Fälle werden nur wenige sein.

Rey macht ebenfalls darauf aufmerksam, daß die bisherigen Veröffentlichungen über diese Dinge den Unterschied zwischen Spasmus und anatomischer Stenose, der für Operation oder Nichtoperieren allein maßgebend sein könne, nicht hervorheben. Die von ihm beobachteten Fälle hatten sämtlich in den ersten Lebenstagen sichere Milchstühle gezeigt, waren daher sicherlich keine anatomischen Stenosen, sondern Spasmen gewesen, die einer spontanen Heilung zugänglich und daher nicht zu operieren waren.

Spiegel (Haan) ist der Meinung, daß bei den schließlichen Erfolgen der inneren Therapie noch in ganz desolaten Fällen, wo die Kinder bis zum äußersten abgemagert waren, die Frist bis zum chirurgischen Eingriff mit 14 Tagen von Ibrahim sicher zu kurz bemessen ist, besonders wo die Mortalität bei der Operation 50% beträgt.

Rensburg (Elberfeld) demonstriert 1. einen **Fall von malignem Lymphom** bei einem 10jährigen Knaben, welcher seit Februar dieses Jahres gewachsen unter zunehmendem Marasmus des Kranken. Befund: an beiden Seiten des Halses kleinfaustgroße Tumoren, die an der Peripherie noch einzelne Drüsen abtasten lassen, Leisten und Achseldrüsen wenig geschwollen, erweiterte Hautvenen auf der Brust. Puls 160, öfters Klagen über Herzklopfen (Vaguslähmung?). Diffuse Bronchitis, leichte Leukozytose, keine Leukämie.

2. Post mortem gewonnenes **Präparat einer Spina bifida** vom Ausgang der Lendenwirbelsäule. Der Blaseninhalt war nur Hirnhaut, keine Nervensubstanz. Die Operation war von chirurgischer Seite als wenig aussichtsvoll abgelehnt worden. Anfangs schien die Blase sich durch Granulation überhäuten zu wollen, es kam aber trotz aller Vorsicht zu einer Perforation, die eine mit der siebenten Woche beginnende, mit 2½ Monaten tödlich endende Meningitis zur Folge hatte. In diesem Falle wäre eine Operation jedenfalls gerechtfertigt, vielleicht auch von Erfolg gewesen.

3. Demonstriert er eine für Kinder besonders geeignete **Plattfußeinlage**, gefertigt aus mit gelöstem Zelluloid getränktem Mull, federleicht bei genügender Festigkeit. Sie kann auf jedem beliebigen Leisten angefertigt werden und so jeder Eigentümlichkeit Rechnung tragen. (Fabrikant: Aug. Sandkuhl in Elberfeld.)

4. Berichtet er über einen Fall von **sporadischer Zerebrospinalminingitis**, dessen Diagnose durch Auffinden intrazellularer Meningokokken in der Lumbalflüssigkeit gesichert wurde. Der Fall ist ausgezeichnet durch kurze Dauer der Bewußtlosigkeit, die nach 28 Stunden in unmittelbarem Anschlusse an die Lumbalpunktion völlig verschwand. 4 Wochen lang heftiges, in 1—3tägigen Intervallen intermittierendes Fieber bis zu 41°, ohne nennenswerten objektiven Befund; dazwischen völlig normale Temperatur. Zu Beginn der Krankheit zahlreiche

Petechien der Haut sowie Erythema nodosum-artige Sugillationen am Schienbein; am 5.—6. Tage seröse Ergüsse in beide Kniegelenke. Völlige Heilung.

Diskussion: Weyl schlägt vor, wenn die Diagnose Lymphosarkom gesichert ist, die Röntgenbestrahlung zu versuchen. Er berichtet über einen Fall, bei dem X-Strahlen ohne Erfolg blieben.

Spiegel (Haan) weist darauf hin, daß durch Aufliegen der Plattfußeinlagen am äußeren Fußrande ein Drücken des Fußes von der Einlage vermieden wird.

Rey: **Zur Therapie des Keuchhustens.** In seinem Wirkungskreise drängt eine Keuchhustenepidemie die andere, so daß er in 10 Jahren annähernd 1000 Fälle behandelte. Die Heftigkeit der Epidemien war verschieden, jedoch meistens so, daß viele Kinder der Krankheit zum Opfer fielen. Schuld daran ist der unter Laien und Ärzten verbreitete Skeptizismus gegen jede Keuchhustentherapie. Dieser Skeptizismus ist durchaus unberechtigt, da durch sachgemäße Beaufsichtigung des erkrankten Kindes, besonders der jüngeren bis zu 3 Jahren, und rechtzeitiges Einschreiten viele erst verhängnisvoll werdende Folgen verhütet werden können (Regelung der Ernährung, hydrotherapeutische Maßnahmen usw.). Da der Sitz der Erkrankung im Anfang und in unkomplizierten Fällen die oberen Luftwege sind, behandelt er zunächst mit antiseptischen Pulvereinblasungen in Nase und Nasenrachenraum (Apparat wie früher bei Otitis med. epidem. angegeben). Hierdurch nicht bloß Besserung des Einzelfalles, sondern auch nachweisbare Verminderung bis Aufhebung der Infektiosität auf die Umgebung. Bei der großen Zahl und der Reihe von Jahren, über die die Beobachtungen sich verteilen, ist eine Verwendung der verschiedensten inneren Mittel selbstverständlich und im Vergleich von deren Wirkung in ausgiebigem Maße möglich gewesen. Einen dauernden Erfolg, da die Krankheitsintensität und deren Dauer zu gleicher Zeit und ohne Gefahr für den Pat. verminderte, konnte er bei keinem der noch so sehr angepriesenen Mittel konstatieren. Weder die Komparation Chinin-Euchinin-Aristochinin noch Bromoform, Pertussin, Tussol hatten auf die Dauer der Erkrankung nennenswerten Einfluß, wohl aber wurden alle besonders für die jüngeren Kinder bald und leicht gefährlich. Im Frühjahre 1902 machte er bei der damals herrschenden schweren Epidemie zufällig die Beobachtung, daß die mit Thiokol La Roche behandelten skrofulotuberkulösen Kinder, deren Geschwister schwer erkrankt waren, entweder gar nicht oder nur kurz und gelinde an Keuchhusten erkrankten. In den letzten 4 Jahren 1902—1905 inkl., in welch letzterem Jahre eine außerordentlich schwere Keuchhustenepidemie, die sehr zahlreiche Opfer forderte, herrschte, hat er die Anwendung von Thiokol so sehr schätzen gelernt, daß er dessen Anwendung den Kollegen glaubt empfehlen zu müssen, obschon er sich bewußt ist, mit der Empfehlung eines Keuchhustenmittels sehr leicht auf Spott und Ungläubigkeit zu stoßen. Um die Ungläubigkeit in der Klientel zu beseitigen, verspricht er ohne Furcht vor Mißerfolg in 3 bis höchstens 4 Wochen völlige Heilung und erreicht in den meisten Fällen dann auch Befolgung seiner Anordnungen. Anwendung: neben Xeroform-Natr.-sozojod.-Einblasungen 5 mal täglich 0,25—0,5 in Syrup. Üble Nebenwirkungen niemals beobachtet, auch bei Säuglingen in den ersten Lebenswochen nicht. Bei Komplikationen und im febrilen Anfangsstadium kühle Abgießungen mit nachfolgender Trockenpackung bei zu starkem Schweiß, bei Bronchopneumonien öftere Abgießungen je nach Bedarf ohne nachfolgendes Schwitzen. Bemerkt sei noch, daß das Kalium sulfoguajacolicum in seiner Wirkung auch nicht im mindesten der des Thiokol, dem es chemisch gleich sein soll, nahe kommt. Ein 4 wöchiger Versuch bei 35 Fällen brachte mich in allen Fällen in große Verlegenheit, weil die versprochene Wirkung vollständig ausblieb. Die einzelnen Fälle wurden in bezug auf Dauer und Häufigkeit der Anfälle so weit als möglich genau registriert.

Diskussion: Weyl zieht das Bromoform allen andern Mitteln gegen Keuchhusten vor, im selbigen Sinne spricht sich Paffenholz aus. Beide empfehlen zur Kontrolle des Heilerfolges jeden Anfall durch dickere oder dünnere Striche je nach Schwere des Anfalles aufzuzeichnen.

Dreher hat vor 2 Jahren, ganz besonders intensiv aber seit April dieses Jahres, den Keuchhusten mit Thiokol behandelt und kann die Ergebnisse Reys im wesentlichen bestätigen. Die Dauer der Erkrankung werde wesentlich gekürzt. Verlauf meist in 2—4 Wochen, die einzelnen Stadien bleiben dieselben, waren nur kürzer, Zahl der Anfälle wesentlich herabgesetzt. Sirolin (Thiokolsyrup) wurde bei Säuglingen nicht gut vertragen.

Hofmann spricht über eine **neue Operationsmethode bei Mastdarmvorfall**, die im Gegensatz zu allen bisherigen Methoden im wesentlichen auf eine Wiederherstellung der verloren gegangenen, normalen Beckenbodenverhältnisse hinausläuft. Bei Kindern und schwächlichen Frauen fehlt oft neben der Schwäche der Beckenbodenmuskulatur (Levator, Sphinkter ani usw.) die normalerweise vorhandene Exkavation des Steißbeins. Dieses Fehlen in Verbindung mit der schwachen Muskulatur gibt die eigentliche Ursache für den Prolaps, der durch den intraabdominellen Druck beschleunigt wird, ab. Daher sind auch nur Kinder und schwächliche Frauen von dem Leiden befallen. Die Operationsmethode besteht in einer hinteren halbmondförmigen Umschneidung des Anus. Das Rektum wird 5—6 cm tief nach vorn abgelöst und nach vorn gezogen, während der andere Wundrand nach hinten gezogen wird. Dadurch entsteht eine trichterförmige Wundhöhle, die von der Tiefe aus quer etagenförmig vernäht wird. Auf diese Weise wird ein widerstandsfähiger Beckenboden gebildet, ähnlich der Dammplastik nach Lawson Tait. Das Verfahren ist einfach sicher wirkend und in mehreren Fällen auch bei Kindern praktisch erprobt. (Ausführlich mitgeteilt mit Abbildungen im Zentralblatt f. Chir. 1905. No. 35.)

Selter teilt als Beitrag zur kindlichen Fettleibigkeit mehrere Fälle mit, die sich trotz zweckmäßiger, zum Teil knapper Ernährung im Alter von 9—12 Jahren zu sehr fetten Individuen entwickelten. Neben der leichten Ermüdbarkeit und Charakterfehlern zeigte der Körper der Kinder eine eigentümliche Entwicklung in der Weise, daß die einzelnen Körperteile verschiedenen Altersstufen oder verschiedenen Geschlechtern anzugehören schienen, z. B. ein 10 jähriges Mädchen mit dem Kopfe einer erwachsenen Dame und dem Rumpfe eines erwachsenen Mannes und kindlichen Beinen (Demonstration an Photographien).

Nebel (Solingen) demonstriert 1. **ausgedehnte Tuberkulose** eines 7 Monate alten Brustkindes mit eigroßer Kaverne des rechten oberen Lungenlappens, die vom Respirationstraktus ausging und in ausgedehnter Miliartuberkulose ihren Abschluß fand. 2. Zeigte er das Präparat einer inneren Hernie von einem 7 jährigen Knaben. Derselbe hatte im zweiten Lebensjahre an einem schweren Kolikanfalle gelitten. 5 Tage vor dem Exitus traten perityphlitische Erscheinungen auf mit einem 15 × 10 cm großen Tumor in der Ileokökalgegend. Nach 2 Tagen wurde eröffnet und drainiert. Bei der Sektion fand sich eine alte Verwachsung des Proc. vermiformis mit der Flexura sigmoidea. Unter dieser Verwachsung waren Dünndarmschlingen eingezwängt, die der Nekrose verfallen waren. Rey.

Bericht über die 14. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Die Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft, welche auch in diesem Jahre sehr gut besucht war, fand am 9. und 10. Juni in Homburg v. d. H. statt. Als Referat stand auf der Tagesordnung: **Die Schwerhörigkeit in der Schule.**

Arthur Hartmann (Berlin, Referent): Durch die bessere Fürsorge für die Taubstummen in Deutschland, durch Erteilung des speziellen Taubstummenunterrichtes wurde es herbeigeführt, daß die Zahl der im Beruf tätigen erwachsenen Taubstummen z. B. in Preußen von 43,6 % im Jahre 1880 auf 70,2 % im Jahre 1900 gestiegen ist. In ähnlicher Lage wie die Taubstummen befinden sich die hochgradig Schwerhörigen. Je mehr das Sprachverständnis gemindert ist, um so mehr wird die geistige Entwicklung beeinträchtigt. Die hochgradig schwerhörigen Schulkinder blieben meist viele Jahre lang in den untersten Klassen sitzen oder sie wurden in den Hilfs- oder Nebenklassen mit den Schwachsinnigen zusammen unterrichtet und in denselben auch als schwachsinnig betrachtet. In Berlin waren einer Klasse für Schwerhörige von 12 schwerhörigen Kindern 4 als schwach befähigt übergeben worden. Nachdem sie als Schwerhörige unterrichtet waren, erwiesen sie sich als geistig ganz normal.

Nach den zahlreichen statistischen Erhebungen ist etwa der vierte Teil der Schulkinder in schwächerem oder stärkerem Grade schwerhörig; bei 4—5 % der Kinder ist das Hörvermögen so geschwächt (Hörweite für Flüstersprache 2 m und weniger), daß ihr Fortkommen in der Schule erschwert ist, so daß sie besondere Berücksichtigung erfordern. — Die Krankheitsprozesse, welche der Schwerhörigkeit zugrunde liegen, sind hauptsächlich (etwa 50 %) die auf Nasen- und Rachenkrankheiten beruhenden Affektionen der Eustachischen Röhre, sodann die Eiterungsprozesse und ihre Überbleibsel.

Etwa 1 % der Kinder haben eiternde Ohren und ebensoviele Durchlöcherung des Trommelfells nach abgelaufener Eiterung. — Bei der Aushebung zum Militärdienst betrug in Preußen die Zahl der wegen Ohrenleiden nur zum Landsturm Tauglichen oder dauernd zum Militärdienst Untauglichen im Jahre 1903 4057 = 1,07 % der Militärpflichtigen.

Die Hörprüfung wird nach dem Vorgange von Bezold mit Flüstersprache vorgenommen, und zwar nach der Ausatmung. Es werden die Zahlen 1—99 benutzt; das dem Untersuchenden abgewendete Ohr wird mit dem Zeigefinger verschlossen.

Nach der übereinstimmenden Erfahrung der Untersucher ist etwa die Hälfte der Ohrleiden heilbar, bezw. besserungsfähig.

Die Maßregeln, die bezüglich der Schwerhörigen in der Schule zu treffen sind, sind folgende:

1. Die mit Schwerhörigkeit behafteten Kinder sind durch die Hörprüfung sämtlicher Kinder festzustellen.

2. Es ist darauf hinzuwirken, daß die Schwerhörigen von einem sachverständigen Arzte untersucht werden und daß, wenn dies erforderlich, eine Behandlung des der Schwerhörigkeit zugrunde liegenden Ohrenleidens stattfindet.

3. Anweisung des Sitzplatzes in der Nähe der Stelle, von der aus der Lehrer zu unterrichten pflegt.

4. Das besser hörende Ohr soll dem Lehrer zugewendet sein.

5. Das schwerhörige Kind muß in verstärktem Maße kontrolliert werden, ob es das Vorgetragene verstanden hat.

6. Fehler, welche auf das Nichthören zurückzuführen sind, beim Diktat oder beim mündlichen Rechnen, dürfen dem Schwerhörigen nicht angerechnet werden.

7. Es soll dem Schwerhörigen ein geweckter, intelligenter Mitschüler beigegeben werden, der ihm Nichtverstandenes erklärt.

8. Die Mitschüler und die Eltern müssen darauf hingewiesen werden, mit dem Schwerhörigen möglichst viel sprachlich zu verkehren, und denselben veranlassen, sich möglichst viel an der Unterhaltung zu beteiligen.

9. Ist das Mitkommen in der Schule erschwert, so müssen Nachhilfestunden gegeben werden.

10. Bei höheren Graden von Schwerhörigkeit, wenn Flüstersprache nur auf eine Entfernung von $^1/_2$ m und weniger vernommen wird, muß Einzelunterricht gegeben werden oder es müssen besondere Klassen für Schwerhörige gebildet werden, in welchen 10 bis höchstens 15 Kinder zusammen unterrichtet werden. (In Berlin bestehen gegenwärtig 6 Klassen für Schwerhörige. In einem Schulkreise mit 23000 Kindern wurden 3 Klassen mit 30 Kindern gebildet.) Jede Klasse ist in zwei Abteilungen geteilt.

11. Kann den hochgradig schwerhörigen Kindern kein Einzelunterricht oder kein Unterricht in Klassen für Schwerhörige erteilt werden, so müssen sie in die Taubstummenschule gebracht werden. Am besten eignen sich hierzu solche Anstalten, an welchen nach dem Vorgange von München den Hörresten beim Unterricht besonderen Beachtung geschenkt wird.

Passow (Berlin, Korreferent), der von der preußischen Regierung aufgefordert worden ist, über die Resultate des Unterrichtes der Taubstummen zu berichten, äußert sich dahin, daß der Hörunterricht sich infolge der günstigen Erfolge immer mehr Anhänger erwirbt. Freilich haben aber die bisherigen Erfahrungen ergeben, daß der Taubstummenunterricht überhaupt einer gründlichen Revision bedarf. Die Totaltauben müssen unbedingt von denen getrennt werden, die noch Hörreste besitzen. Letztere müssen in getrennten Anstalten unterrichtet werden; die Einrichtung dieser Anstalten läßt sich leicht dadurch ermöglichen, daß sie statt neuer Taubstummenanstalten, die sowieso gebraucht werden, eingerichtet werden.

Die Hauptschwierigkeit wird vielmehr die Auswahl der geeigneten Schüler sein; um darüber bestimmte Vorschläge zu machen, müssen erst Erfahrungen gesammelt werden.

Durch die Abtrennung der Totaltauben wird sich auch die Gebärdensprache der Taubstummen kontrollieren lassen, event. eine Einheitsgebärdensprache geschaffen werden können; denn die Taubstummen greifen zu gern zur Gebärdensprache zurück, und für viele Totaltaube erscheint sie mir vielleicht auch das einzig Richtige.

Im Schlußwort der Diskussion weist Passow nochmals darauf hin, daß er nicht, wie einige der Redner verstanden zu haben schienen, die Gebärdensprache überhaupt an Stelle des Lautierunterrichts setzen wolle, die Gebärdensprache solle nur, da sie sich nicht unterdrücken lasse, gewissermaßen offiziell anerkannt werden.

IV. Monats-Chronik.

— Im Anschluß an den vom 10.—13. April 1906 in Würzburg tagenden II. Kongreß für experimentelle Psychologie beabsichtigt Herr Prof. Sommer (Gießen) die Abhaltung eines **medizinisch-psychologischen Kurses mit Bezug auf die Psychopathologie des Kindes** an der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen. Als Zeit wären ungefähr 5—7 Tage (2. Hälfte des April) in Aussicht zu nehmen, da neben den Vorträgen über Idiotie, Idiotenanstalten, Familienpflege, Hilfsschulen, Zwangserziehung, jugendliches Verbrechertum und damit verwandte Themata Zeit für die experimental-psychologischen Übungen nötig ist. Dabei hätten Studienfahrten in Idiotenanstalten, Zwangserziehungsanstalten, Besichtigung von Hilfsschulen usw. zu geschehen. Da ein genaueres Programm erst aufgestellt werden kann, falls sich eine genügende Zahl von Teilnehmern findet, so werden die für die medizinische Psychologie, besonders der Kindheit, interessierten Personen, speziell Ärzte und Pädagogen, welche Neigung haben, an einem solchen Kursus teilzunehmen, gebeten, Herrn Prof. Sommer ohne bestimmte Verpflichtung ihre Zustimmung zu erklären. (Münch. med. Wochenschrift.)

Mülhausen i. E. **Unentgeltliche Zahnbehandlung** für Schulkinder hat der hiesige Gemeinderat einzurichten beschlossen. Auf dem Gebiete der Schulhygiene zeichnet sich die Gemeindeverwaltung durch besondere Rührigkeit aus. So wurden schon im Jahre 1903 Schulärzte an den Elementarschulen angestellt, nachdem bereits vorher die Unentgeltlichkeit des Unterrichts und der Lehrmittel, sowie die unentgeltliche Verabreichung von Schulbädern eingeführt worden war.

London. **Kindersterblichkeit in England.** Auf einem Kongreß zur Besprechung der gesundheitlichen Verhältnisse machte Dr. Noore aus Hudersfield die Mitteilung, daß in einigen großen Städten Englands 75 % der Kinder nicht ein Jahr alt werden. Dr. Noore beschwerte sich über die Gleichgültigkeit, die bei dieser Tatsache an den Tag gelegt werde. Er wurde darin unterstützt durch Dr. Burges (Glasgow), der erklärte, daß die städtischen Behörden fast durchweg von diesen Verhältnissen keine Ahnung hätten. (Allgem. med. Zentral-Ztg.)

V. Personalien.

Prof. **Dr. Schlossmann** (Dresden) als Professor der Kinderheilkunde an die in Düsseldorf neuerrichtete Akademie für prakt. Medizin berufen; gleichzeitig soll er die Leitung des dortigen städt. Kinderkrankenhauses übernehmen. — Prof. **Dr. Escherich** (Wien) zum auswärtigen Mitglied der Akademie für Medizin in Rom gewählt. — Prof. **Dr. O. Vierordt** (Heidelberg) zum Geh. Hofrat ernannt. —

Gestorben der Nürnberger Schulhygieniker Hofrat **Dr. P. Schubert.**

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

HOFFMANN, Stabsarzt, **Dr. W., Leitfaden der Desinfektion** für Desinfektoren, Verwaltungsbeamte, Tierärzte und Ärzte. [IX, 138 Seiten mit 105 Abbildungen.] 1905. Kart. M. 3.—.

Der vorliegende „Leitfaden der Desinfektion" soll eine ausführliche Besprechung der Desinfektionslehre mit besonderer Berücksichtigung der am meisten im Gebrauch befindlichen Methoden bringen; es ist deshalb auf eine eingehende Beschreibung der verschiedenen Desinfektionsapparate und der mannigfachen Anwendungsweisen der wichtigsten Desinfektionsmittel besonderer Wert gelegt. Möglichst viele Abbildungen sollen das Verständnis der einzelnen Methoden erleichtern.

KÜHNEMANN, Stabsarzt **Dr., Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten.** Mit besonderer Berücksichtigung der Differential-Diagnostik. gr. 8⁰. [XVIII, 393 Seiten.] 1901. M. 8.40, geb. M. 10.—

Berlin. klin. Wochenschr.: Die Tabellen für die Diff.-Diagnose sind mit größter Gründlichkeit und anerkennenswerter Vollständigkeit bearbeitet. Die Idee wird sich als eine glückliche erweisen, da gerade in schwierigen Fällen auch auf die seltenen Möglichkeiten aufmerksam gemacht wird und das Studium der Tabellen die kritische Abwägung aller Krankheitserscheinungen für eine präzise Diff.-Diagnose ermöglicht.

Münch. med. Wochenschr.: Die analytische Diagnostik des Verfassers stellt eine sehr verlässige und fruchtbare Methode dar, über den einzelnen Fall Klarheit zu gewinnen.

Therapeut. Monatshefte: Für den Praktiker, der sich rasch orientieren und Rat holen will, ein bequemer und nützlicher Führer.

Vor dem Gebrauch

„Keramin"-Seife

(Gesetzlich geschützt)

Carl Töpfer, Leipzig

Fabrik pharmazeutischer u. chemischer Präparate

In den **Kliniken** der ersten **Dermatologen** erprobt und glänzend **begutachtet**

Auffallende Erfolge bei **Hautausschlägen** verschiedenster Art

Ausführliche Literatur, Gutachten u. Proben versendet kostenlos

Ausführliche Mitteilungen folgen im nächsten Heft in einem weiteren Inserat über

„Keramin"-Seife

(Gesetzlich geschützt)



Nach dem Gebrauch

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

X. Jahrgang. 1. Dezember 1905. No. 12.

I. Originalbeiträge.

Einige praktische Bemerkungen über Keraminseife.

Von

Dr. **E. Toff** in Braila (Rumänien).

Keraminseife ist ein vor kurzem von C. Töpfer in Leipzig in den Handel gebrachtes Seifenpräparat.

Den vorliegenden Notizen zufolge wird dieselbe aus Kali- und Natronlauge, Balsamum peruvianum, Talcum venetum, unter Zusatz von Ol. Caryophylli und Ol. Cinnamomi als Geruchskorrigens hergestellt. Sie präsentiert sich unter der Form rotbrauner, angenehm riechender Stücke und soll, namentlich den Empfehlungen von Unna[1]) zufolge, günstige therapeutische Erfolge bei verschiedenen Hautkrankheiten geben. Theoretisch muß die Zusammensetzung der in Rede stehenden Seife als eine sehr gute bezeichnet werden, denn der Perubalsam ist ein seit lange geschätztes, ausgezeichnetes Heilmittel für verschiedene, namentlich parasitäre Hautkrankheiten, obwohl dasselbe von vielen neueren Mitteln, wenn auch nicht zum Vorteile der Kranken, einigermaßen verdrängt worden ist. Der Zusatz von Talk ist ebenfalls als rationell zu bezeichnen, da dasselbe ein sehr gutes, nicht reizendes Deckmittel darstellt und als solches, namentlich in der infantilen Dermatologie, kaum durch ein besseres zu ersetzen ist.

Die zwei in erheblicher Menge enthaltenen Geruchmittel, Nelken- und Zimtöl, dürften, wie Unna hervorgehoben hat, in der Seife nicht nur als solche figurieren, sondern, infolge ihrer antiseptischen Eigenschaften, auch therapeutisch wirksam sein.

Diese Erwägungen haben mich veranlaßt, Keraminseife in zahlreichen dermatologischen Fällen anzuwenden, und will ich im folgenden über die Anwendungsweise und erzielten Resultate kurz berichten.

In erster Reihe ist das Mittel bei juckenden und parasitären Hautkrankheiten empfehlenswert, da es sowohl reinigend und erweichend, als auch antizymotisch und heilend einwirkt. Namentlich für die Kinderpraxis dürfte sich die Keraminseife besonders eignen und zwar nicht nur als therapeutisches Agens, sondern auch als Prophylaktikum. So habe ich dieselbe öfters bei zu Intertrigo neigenden Säuglingen an Stelle der gewöhnlichen Waschseife mit gutem Erfolge angewendet. Auch bei Seborrhöe und seborrhoischen

[1]) Monatsbl. für prakt. Dermatologie, Bd. 29. 1904.

Ekzemen können mit Keramin rasche Erfolge erzielt werden, namentlich wenn man die Waschungen öfters am Tage wiederholt und in hartnäckigen Fällen den gebildeten Schaum nicht abwischt, sondern eintrocknen läßt. Impetigo heilt unter Keramin viel rascher als bei Anwendung anderer Mittel, auch ist diese Behandlungsmethode viel weniger kostspielig als diejenige mit Salben oder Pflastern, besonders dort, wo es sich um ausgedehnte kranke Flächen handelt.

Bei Behandlung von nässenden und krustenbildenden Erkrankungen der behaarten Kopfhaut hat die Keraminseife den besonderen Vorteil, eine gründliche Reinigung nicht nur der Haut, sondern auch der Haare zu bewirken, ein Verkleben derselben zu verhüten und die Krankheit also nicht so auffallend in Erscheinung treten zu lassen, wie dies bei Anwendung von Salben der Fall ist.

Nicht außer acht zu lassen ist auch die desodorisierende Wirkung der Keraminseife, welche namentlich bei nässenden Affektionen der behaarten Kopfhaut von Wichtigkeit ist und sowohl von den Kranken, als auch von deren Umgebung wohltätig empfunden wird.

Bei Scabies der Kinder ist die Keraminseife ein nützliches Adjuvans, in vielen Fällen auch zur völligen Heilung ganz ausreichend, doch genügt hier einfaches Abwaschen nicht und muß der Schaum dick aufgetragen und eintrocknen gelassen werden.

Bei Scarlatina im Abschuppungsstadium sind die Keraminwaschungen sehr zu empfehlen, da dieselben nicht nur den Juckreiz mildern, sondern auch die Abschilferung der Oberhaut beschleunigen, also das Infektiositätsstadium erheblich abkürzen.

Gute therapeutische Erfolge habe ich von den Waschungen mit Keraminseife bei empfindlichen oder wunden Brustwarzen gesehen, so daß viele Frauen durch dieselben wieder in Stand gesetzt wurden, dem Säugegeschäfte zu obliegen.

Auch bei Acne vulgaris des Gesichtes sind therapeutische und prophylaktische Waschungen mit diesem Präparate sehr empfehlenswert und kann dasselbe als Toiletteseife allen jenen Personen, die zur Bildung von Aknepusteln neigen, empfohlen werden. Selbstverständlich darf auch in diesen Fällen, sowie auch bei anderen Hautkrankheiten eine interne, womöglich kausale Behandlung nicht vernachlässigt werden. Speziell bei Akne habe ich von der internen Darreichung von Hefepräparaten gute Erfolge gesehen. Auch eine Regelung der Diät mit Bevorzugung von vegetabilischer Nahrung erschien mir von Vorteil.

Nicht so auffallend wie bei nässenden Ekzemen, aber doch sehr wohltuend ist die juckstillende Wirkung der Keraminseifenwaschungen bei Pruritus und Urticaria.

Chronische Ekzeme werden von Keramin weniger beeinflußt als akute und subakute, doch ist auch bei diesen das Präparat als nützliches Hilfsmittel zu betrachten, selbst dort, wo die Teerpräparate nicht zu umgehen sein werden.

Die Art der Anwendung der Keraminseife ist eine sehr einfache; man wäscht die kranken Stellen mit recht warmem Wasser und Keraminseife und zwar so, daß der Schaum recht dick aufgetragen wird und läßt denselben eintrocknen. Diese Prozedur wiederholt man

nach Bedarf 2—3 mal täglich, eventuell bedeckt man dann die kranken Stellen noch mit einem indifferenten Streupulver oder, falls die Haut starke Trockenheit und Spannung zeigt, mit Öl oder Vaselin.

Keramin reizt die Haut nicht, oder nur ausnahmsweise, falls es sich um Patienten mit besonders empfindlicher Kutis handelt; man setzt dann die Waschungen für einige Tage aus und läßt unter Zink- oder Xeroformsalbe die Irritation zurückgehen.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die Keraminseife eine nützliche Bereicherung der dermatologischen Heilmittel, namentlich in der Kinderpraxis darstellt und als solche allen Pädiatern wärmstens empfohlen werden kann.

II. Referate.

A. Mibelli, Über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum und Arthrasol. (Mon. f. prakt. Dermat. 1905. No. 3.) Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte auf die Nützlichkeit feuchter Teerapplikationen im Form von Oleum cadinum. Er vereinfachte das von Bälzer empfohlene Teerbad, indem er einem Wasserbade etwa 100 g folgender Emulsion zusetzte: Oleum cadinum 67,0, Colophonium 11,10, 20 % ige Sodalösung 21,90. Das Präparat läßt sich, ohne eine Veränderung zu erleiden auch in höheren Konzentrationen mit geringeren Wassermengen mischen und ergibt so eine homogene Flüssigkeit sowohl für Bäder als auch für beliebig lange aufliegende feuchte Umschläge. Dieselben waren bei pruriginösen Exanthemen wirksam, bei Affektionen der behaarten Kopfhaut, der Gliedmaßen, besonders der Hände reduzierend und keratolytisch und bewährten sich ausgezeichnet bei Blaseneruptionen der Vorderarme und Hände. In gleicher Weise ließ sich eine 67 % ige Anthrasollösung mit Wasser zu 2—5 % igen Lösungen verarbeitet, verwenden. Feuchte Umschläge hiermit erwiesen sich bei chronischen Ekzemen als austrocknend, reduzierend und keratoplastisch, Anthrasolsalbe schien empfehlenswert als Antipruriginosum.

Max Joseph (Berlin).

S. Nicolau (Bukarest), Die Jodanwendung auf kutanem Wege. Ein neues Präparat, das „Jothion". (România medicala. 1905. No. 10.) Die perkutane und subkutane Anwendung des Jodes hätte große Vorteile, namentlich in jenen Fällen, wo eine Reizung des Magens vermieden werden muß, doch konnten die betreffenden Präparate keine allgemeine Verbreitung finden, da manche nur in geringen Mengen resorbiert werden, andere aber unangenehme lokale Reizungen der Haut oder selbst Nekrotisierungen hervorrufen können. Jodipin und Hypiodol erheischen ein eigenes Instrumentarium, welches nicht jeder Arzt bei der Hand hat. Diese Nachteile scheinen durch ein neues Präparat, das Jothion, beseitigt zu sein, indem dasselbe

bei einfacher Applizierung auf die Haut in bedeutenden Mengen und sehr rasch zur Resorption gelangt, so daß mit demselben, gemäß den Empfehlungen von Lipschütz, Ravasini und Hirsch, gute Wirkungen in Fällen von tertiärer Lues, entzündlichen Erkrankungen usw. zu erzielen sind. Das Präparat sollte also einer näheren klinischen Untersuchung unterzogen werden. E. Toff (Braila).

B. Lipschütz, Über kutane Darreichung von Jodpräparaten. **C. Ravasini u. U. Hirsch,** Das Jothion, ein neues Jodpräparat zur perkutanen Applikation. **G. Wesenberg,** Jothion, ein perkutan anzuwendendes Jodpräparat. (Arch. f. Dermat. u. Syph. April 1905. Heft 2 u. 3.) In allen drei Arbeiten wird das Jothion nach den mannigfaltigen Erfahrungen der Verff. als besonders geeignet zur perkutanen Einverleibung von Jod empfohlen. Es durchdringt leicht die Haut, wird infolge seiner leichten Spaltbarkeit durch das in Blut und Lymphe enthaltene Alkali rasch in Jodnatrium verwandelt und als solches durch Harn und Speichel ausgeschieden, so daß Magenanstrengungen vermieden werden. Das unveränderte Jothion hat eine stark desinfizierende, das verdünnte noch entwicklungshemmende Kraft. Lymphadenitis nach Ulcus molle und durum trat schnell unter Gebrauch des Präparates zurück. Die Einpinselung oder Einreibung des Jothions ist in allen Fällen angezeigt, wo Jodpräparate per os nicht vertragen werden oder wo eine lokale Jodwirkung erzielt werden soll. Ist der protrahierte langsame Jodwirkung erwünscht, so greife man zu dem erprobten Jodipin. Die Absorption des Jothions durch die Haut wird natürlich verändert durch die Mischung mit Hautfetten, die Quantität der eingeführten Substanz, Einwirkungszeit, Größe der behandelten Hautfläche und Vehikel.

Max Joseph (Berlin).

Hirschfeld u. Pollio, Über die Resorption von Jod aus Jodkalisalben. **A. Heffter,** Bemerkungen zu der vorhergehenden Abhandlung. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 72.) 1. Verff. fanden im Gegensatz zu Lion bereits bei kleinen Mengen (10 %) Jodkalivaselineapplikation auf die Haut eine Jodreaktion im Urin, sogar bei 5 % Salbe war das Resultat noch positiv, bei 1 % nicht mehr. Ein Zusatz von Natr. thiosulfat. zu den Jodkalisalben ließ noch Jodreaktion bemerken, doch verzögerte und verminderte sich dieselbe mit Vergrößerung des Zusatzes. Versuche mit 80—100 g = 10 % Jodlithionvaselines bei 48 Stunden lange liegendem Verbande ergaben Jodreaktion aber kein Lithion im Urin. Daß sich in zwei anderen Fällen Lithion fand, erklärt sich durch die dort auftretende starke Dermatitis mit Exkoriationen und nässender Haut. Daß Verff. bei den Jodkalivaselineverbänden Reizungen feststellten, welche Lion nicht beobachtete, beruhte wohl auf dem längeren Liegen der Verbände. Die Versuche beweisen jedenfalls, daß nicht Jodkali als solches, sondern nur Jod nach Zerlegung des Jodkali resorbiert wird.

2. H. bestätigt auf Grund älterer Erfahrungen, daß die auf der Haut eingetrockneten Reste von Jod-Natriumbädern oder -Pulvern eine Jodresorption von Jod erzeugen, welche sich durch die Zersetzung der Jodsalze durch Hautsekrete erklärt. Dieser Vorgang

wird veranlaßt durch Wasserstoffsuperoxyd, welcher sich bei Gegenwart von Luft und Wasser in tierischen Fetten bildet.

Max Joseph (Berlin).

Fr. Bering, Pili moniliformes. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Mai 1905.) Der 5jährige, sonst gesunde Knabe, welcher bald nach der Geburt bereits knotige Verdickungen an den im übrigen normalen Haaren zeigte, stammte aus einer väterlicherseits mit dergleichen Affektion mehrfach belasteten Familie. Die Follikel boten das Bild der Hyperkeratose, einige aus solchen Follikeln hervorragende Haare waren nur starr, andere in bestimmten Abständen mit den typischen moniliformen Verdickungen versehen. Bemerkenswert erschien die auch an den Extremitäten erkennbare Hyperkeratose der Follikel. Die Entstehung der moniliformen Haare erklärt Verf. durch den Druck, welche dieselben von oben und unten her erleiden. Die überlagernden Hornmassen verhindern oder erschweren den Austritt der Haare aus den Follikeln und durch den Widerstand von oben her wird auf die gleichmäßig nach oben wachsenden Haare ein Druck ausgeübt. Diese Insulte betreffen auch solche Haare, welche sich durch die Hornschicht durchringen. Die Therapie besteht in Entfernung der Hornknötchen, um ein besseres Haarwachstum zu ermöglichen.

Max Joseph (Berlin).

F. Lewandowsky, Über Lichen spinulosus. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 73.) Als Lichen spinulosus bezeichnete Crocker eine entzündliche Erkrankung der Follikel, deren Entwicklung sich akut oder subakut in Schüben vollzieht. Die einzelnen Effloreszenzen sind stecknadelkopfgroße, rote, konische Papeln, die im Zentrum einen Hornstachel tragen. Derselbe kann herausgehoben werden und hinterläßt dann eine Vertiefung in der Papel. Die Papeln stehen in symmetrisch verteilten Herden, dicht nebeneinander. Die gewöhnlichste Lokalisation bilden der Nacken, das Gesäß, die Trochantergegend, das Abdomen, die Beugeseiten der Oberschenkel, die Kniekehlen, die Streckseiten der Arme, niemals befallen werden das Gesicht, die oberen Partien des Brust, die Hände und Füße. Von dieser seltenen Affektion hatte Verf. Gelegenheit in Jadassohns Klinik ein Beispiel bei einem 9jährigen Mädchen zu beobachten, welches mit einem Kerion celsi in die Klinik kam. Während des dortigen Aufenthaltes entwickelte sich diese Affektion. In den nächsten 8 Tagen nahm der Ausschlag in Form der Bildung von Hornmassen zu, die als 1—2 mm lange, leicht gekrümmte, ziemlich harte Stacheln aus der Mitte der Papeln hervorragten. Spontan heilte die Affektion in etwa 3 Monaten ab. Anatomisch handelte es sich um eine rein follikuläre Erkrankung entzündlicher Natur mit konkomittierender und vor allem mit sekundärer Parakeratose bezw. Parahyperkeratose.

Max Joseph (Berlin).

H. Friolet, Über Ichthyosis circumscripta der Areola mammae. (Aus dem Frauenspital Basel-Stadt.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 38.)

Bei einer 28jährigen, sonst aber gesunden Frau entdeckte F. in jeder Areola mammae eine größere Anzahl dicht beieinander stehender, dunkelbraunschwarz

pigmentierter Exkreszenzen, welche kranzartig beiderseits die im übrigen intakten Brustwarzen umgaben. Einzelne dieser Gebilde waren warzenartig, d. h. saßen breitbasig der Unterlage auf; andere waren mehr kolbig, indem ihr verdicktes Ende auf einem dünneren Stiele aufruhte; wieder andere liefen nach oben zugespitzt aus. Die einzelnen Exkreszenzen waren durch tiefe Furchen voneinander getrennt. Die ganze Affektion machte einen durchaus reizlosen Eindruck; nirgends Nässen oder Krustenbildung. Auf der linken Brust umgaben die Effloreszenzen als völlig geschlossener Kranz die sonst normal aussehende Mammilla, von welcher sie durch eine schmale Zone ganz intakter Areola getrennt waren; an der rechten Brust fanden sich die Gebilde nur gruppenweise zerstreut. Am ganzen übrigen Körper war von einer analogen Hautveränderung nichts zu bemerken.

Pat. will als 12jähriges Mädchen zum ersten Male die Veränderung an ihrer Brust bemerkt haben; erst ein einzelnes Wärzchen, dann im Laufe der Jahre allmählich immer mehr. Sie entfernte die mit Rahm aufgeweichten Wärzchen manchmal durch energisches Waschen mit Seife und Bürste, jene bildeten sich aber immer von neuem wieder. Die Mutter der Pat. leidet an der gleichen Affektion.

Es konnte sich hier nur um eine Hyperkeratose handeln, um eine zirkumskripte Ichthyosis. Außer dem Aussehen und Charakter der Effloreszenzen sprechen dafür das Bestehen seit den Kinderjahren und das familiäre Auftreten. Grätzer.

C. Leiner, Scharlachschuppung und Ichthyosis. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Juni 1905.) Bei manchen Kindern stellt sich schon in den ersten Lebensmonaten eine auffallende Trockenheit der Haut ein als Folge einer ererbten Verhornungsanomalie. Es entwickelt sich dann Ichthyosis oder Xerodermie geringeren oder höheren Grades. Diese ichthyotische Hautbeschaffenheit beeinflußt nun die Form eines event. auftretenden akuten Exanthems, insbesondere des Scharlachs. Das Exanthem zeigt einen follikulären Charakter, der besonders am Rücken und den Streckseiten der Extremitäten zum Ausdruck kommt und der die Haut eigentümlich chagriniert erscheinen läßt. Die Follikel sind gewöhnlich saturiert rot, von einem roten Exanthemfleck umgeben, und tragen häufig schon in der Blüteperiode des Exanthems auf der Höhe der Kuppe ein mattglänzendes Schuppchen, bedingt durch die Verhornung des Follikeltrichters. Auch im Desquamationsstadium macht sich eine Verlaufseigentümlichkeit der Abschuppung geltend. Es kommt nicht zur typischen, großlamellösen Abschuppung, sondern die Haut schilfert fein ab. Diese Schuppung beginnt besonders beim follikulären Exanthem in Form von um die Follikel angeordneten Epithelringen. An diesen schilfernden Hautpartien, die oft wie bestaubt aussehen, treten nun feinste Leisten auf, die auf der Höhe der Kante einreißen und so zur Bildung von leichten Rhagaden führen, die durch das durchschimmernde Korium rot erscheinen und von feinen Epithelfetzen umsäumt sind. In manchen Fällen breiten sich Schuppung und Rhagadenbildung weiter aus, die Furchen stoßen aneinander, vereinigen sich und führen endlich zur Bildung einer eigentümlichen netzartigen Zeichnung der Haut. Die Furchen werden dann breiter und seichter, die rote Farbe blaßt entweder ab oder geht in eine gelbbräunliche Nuancierung über, die oft wochenlang erhalten bleibt. Indessen haben sich die feinen Schuppen abgestoßen. Diese Schuppungseigentümlichkeit beginnt gewöhnlich an

jenen Stellen, an denen das Exanthem zuerst aufgetreten war, also am Halse, und schreitet bei intensiver Ichthyosis langsam über den ganzen Körper weiter; nur an den Handflächen und Fußsohlen kommt es nicht zur Rhagadenbildung, sondern hier etabliert sich die typische großlamellöse Desquamation. Nur in wenigen Fällen von Ichthyosis tritt an der gesamten Hautoberfläche diese Form der Abschuppung auf; bei der Mehrzahl der ichthyotischen Kinder sind gewöhnlich nur einzelne Stellen davon betroffen, und zwar scheinen besonders die vorderen oberen und seitlichen Thoraxpartien, sowie die Oberschenkeldreiecke bevorzugt zu sein. Neben dieser Art der Abschuppung kommt es oft an den Streckseiten der Extremitäten, an jenen Stellen, die einer stärkeren mechanischen Einwirkung ausgesetzt sind, zu dermatitischen Erscheinungen. Nach Ablauf dieser Desquamation kommt es in manchen Fällen zu einer neuerlichen, jetzt stets kleienförmigen Abschuppung. In anderen tritt keine weitere Schuppung ein und die Haut nimmt gleich eine weiche, elastische Beschaffenheit an, wie sie diesen Kindern vor Ausbruch der Krankheit nicht eigen war. In diesem Stadium läßt sich die ichthyotische Beschaffenheit nur an der scharfen Markierung der Handfurchen noch erkennen. Ein dauerndes Verschwinden der Ichthyosis dagegen konnte L. nie konstatieren.

L. schildert nun einen Fall von Scharlach mit Ichthyosis, der das Gesagte illustriert, und bei dem die netzartige Zeichnung und Felderung der Haut am Körper charakteristisch auftrat, wie es auch in einer Reihe anderer Fälle geschah. Bei anderen machte sich dies nur herdweise bemerkbar, während sonst die Schuppung in kleinen und größeren Lamellen erfolgte.

Auffallend war besonders, daß die Schuppungsrisse auch in den Gelenksbeugen häufig zu sehen waren, an Stellen, an denen es nach der herrschenden Ansicht zu keinen ichthyotischen Veränderungen kommt. In den von L. im Kindesalter beobachteten Ichthyosisfällen zeigten aber eben auch die Gelenksbeugen ichthyotische Abschilferung, und es war auch die Haut fast regelmäßig an diesen xerodermatisch verändert.

Die Kenntnis dieses eigenartigen Schuppungsverlaufes bei Scharlach ist deshalb notwendig, weil man bisweilen zu entscheiden hat, ob man es mit einer Ichthyosis allein zu tun hat oder mit Scharlachschuppung auf ichthyotischer Haut. Die Differentialdiagnose ist manchmal gar nicht leicht. Bei deutlich gewordener Abschuppung muß man auf abgelaufenen Scharlach aus der ungleichartigen Beschaffenheit der Hautstellen — fein lamellöse Schilferung und Felderung sind nur über einen mehr oder weniger beschränkten Teil der Haut ausgebreitet — schließen. Ist die Scharlachschuppung fast über den ganzen Körper ausgebreitet, so kann man die Differentialdiagnose aus dem Verhalten der Handteller und Fußsohlen stellen. In diesem Stadium findet man bei Scharlach hier großlamellöse Schuppung, wie sie bei Ichthyosis nie vorkommt. Grätzer.

L. R. v. Zumbusch, Ein atypischer Fall von Ichthyosis congenita. (Aus der k. k. Unviversitätsklinik für Dermatologie und

Syphilis in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 32.) Es handelte sich um ein 18 Monate altes Kind, das die höchst seltene Anomalie der partiellen Ichthyosis aufwies. Normale Haut zeigten Gesicht von den Nasolabialfalten abwärts, vom Ende der knöchernen Nase bis zur Spitze, seitwärts bis zu den Ohrmuscheln, deren untere Hälfte sowie der äußere Gehörgang, Kinn, die Streckseiten der Oberarme von der Deltoidesinsertion ab, die Unterarme bis auf einen, innen, nach unten sich verschmälernd hinziehenden Streifen, die ganzen Hände samt Nägeln, Beine und Füße mit Ausnahme eines von vorn am Oberschenkel über innen und unten bis zur Fossa poplitea ziehenden Gebietes, Nates und Genitale mit dem angrenzenden Teil des Mons Veneris.

Grätzer.

N. Swoboda, Ein weiterer Fall von sog. Elephantiasis congenita. (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 40.) Nachdem S. 1904 bereits vier derartige Fälle beobachtet, verfügt er jetzt über einen fünften Fall. Bei dem 4 Tage alten Knaben war die Mißbildung am rechten Arme vorhanden. Am sechsten Tage starb das Kind, wahrscheinlich an einer vom Nabel ausgehenden Sepsis, die den regelmäßigen Ausgang der Elephantiasis congenita lymphangiectodes bildet. Um eine solche handelte es sich hier.

Grätzer.

J. Moldovan, Über kongenitale Sarkom- und Fibrombildung der Haut. (Aus dem pathol.-anatom. Institut an der deutschen Universität in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1905. No. 29 u. 30.) Beschreibung eines Sarcoma cutis surae congenitum, eines Fibroma cavernosum cutis capitis congenitum, eines Fibroma cutis dorsi nasi congenitum, eines Fibroma recidivans cutis cruris congenitum.

Grätzer.

Cazal (Toulouse), Néphrite aiguë consécutive à l'impétigo pédiculaire. (Archives de méd. des enf. 1905. No. 7.) Verschiedene Hautkrankheiten, wie Skabies, Impetigo, Eczema impetiginosum, Ekthyma usw. können derart auf das Nierengewebe einwirken, daß es zur Bildung wahrer Nephritiden kommt. Diese sekundären, durch eine Hautinfektion hervorgerufenen Nierenentzündungen sind relativ selten, doch praktisch von unverkennbarer Wichtigkeit.

Der Fall, dessen Krankengeschichte C. gibt, betraf einen 4 $^1/_4$ jährigen Knaben, welcher eine durch Pediculi hervorgerufene Impetigo der behaarten Kopfhaut darbot, welche seit mehreren Monaten bestand und im Verlaufe welcher es zur Entwicklung einer wahren Nephritis gekommen war. Es bestand Anasarka, zeitweiliges Erbrechen, Oligurie, 4 g Eiweiß pro Liter Harn, hyaline, granulierte Zylinder und Zylindroide. Fortschreitend mit der Besserung der Hautaffektion, besserte sich auch der Allgemeinzustand, die Eiweißmenge nahm ab und nach 4 Wochen war der Gesundheitszustand wieder ein normaler.

E. Toff (Braila).

Comby et **Isch-Wall** (Paris), Erythème noueux avec albuminurie. (Archives de méd. des enf. Mai 1905.) Das Erythema nodosum ist eine Allgemeinerkrankung, vergleichbar den Eruptions-

fiebern, obwohl weniger zyklisch wie dieselben. Die Spezifität, welche manches Mal durch die Ansteckung erwiesen ist und die symptomatische Evolution, nähern diese Krankheit außerordentlich den infektiösen Kinderkrankheiten. Unter den allgemeinen Symptomen, welche das Exanthem begleiten, demselben vorangehen oder nachfolgen, wurden: Fieber, allgemeine Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Lungen- und Herzerkrankungen angeführt. Komplikationen von seiten der Niere sind bis nun nicht angeführt worden und in dieser Beziehung ist die Beobachtung der Verff. von Interesse.

Das $5\,^1/_2$ jährige Mädchen hatte Masern durchgemacht, befand sich sonst wohl, mit Ausnahme von etwas Schwäche und Anämie, als es mit Frösteln fieberhaft erkrankte. Es trat etwas Eiweiß im Harn auf, welches nach und nach bis auf 0,40 g pro Liter stieg, obwohl der Harn klar blieb und keinerlei Ödem bestand. Nach 8 Tagen entwickelte sich ein Erythema nodosum mit hauptsächlicher Beteiligung der Unterschenkel, welches sich dann auf Oberschenkel und Arme ausbreitete. Das Fieber blieb bei 39° und hielt mit kleinen Schwankungen durch 7 Tage an, worauf die Entfieberung begann. Während der ganzen Zeit wurde Albumen im Harne nachgewiesen, doch nahm die Menge desselben mit fortschreitender Besserung ab, so daß dann nur mehr Spuren durch einige Zeit zu beobachten waren. Endlich verschwanden auch diese und das Kind erfreute sich bester Gesundheit.

Die mikroskopische Untersuchung des Harnsedimentes hatte wohl einige rote Blutkörperchen gezeigt, aber niemals Zylinder, auch waren sonst keine auf die Nierenaffektion zurückzuführende Symptome, wie Oligurie, Dyspnoe, Kopfschmerzen, Gesichtsödeme usw. zu beobachten, so daß dieselbe als eine leichte bezeichnet werden muß; nichtsdestoweniger ist die Feststellung, daß eine solche als Komplikation einer derartigen Erkrankung vorkommen kann, von Wichtigkeit.

E. Toff (Braila).

O. Hermann, Gonorrhoisches Erythema nodosum bei einem Knaben, nach intravenöser Kollargolinjektion geheilt. (Aus der Kinderklinik zu Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 36.) H. fand bei einem 14 jährigen gonorrhoischen Knaben ein mit Fiebererscheinungen und Gelenkschmerzen einhergehendes gemischtes Exanthem. Es kamen in erster Linie zur Beobachtung flachpapulöse Effloreszenzen, die zum Teil ein zentrales Bläschen zeigten, zum Teil genau wie klassische Typhusroseolen aussahen. Die Papeln waren äußerst wenig über das Hautniveau erhaben, gegen die gesunde Haut scharf abgesetzt, zartrosa bis rot, stecknadelkopf- bis fünfpfennigstückgroß, polsterartig derb, lediglich in der Kutis sitzend, daher verschieblich. Beim Abblassen hinterließen einige für ein paar Tage eine leicht bräunliche Pigmentierung. Die im Zentrum aufschießenden stecknadelkopfgroßen, hellgelben Bläschen trockneten bald ein und wurden ausgekratzt. Die Effloreszenzen waren weder juckend noch schmerzhaft. Neben diesen in den oberflächlichen Hautpartien sich lokalisierenden Exanthemen fanden sich nun größere, unbewegliche subkutane Knoten. Sie wichen vom gewöhnlichen Bild des Erythema nodosum nur wenig

ab: durch den vorwiegenden Sitz in der Nähe oder über Gelenken, die zarte blaßrote und leicht bläulichrote Färbung, die oft unregelmäßige langgestreckte Form, durch ihre geringe Schmerzhaftigkeit. Sie verschwanden in 1—4 Tagen ohne Farbenveränderung, ohne zurückbleibende Pigmentierung, wie das auch beim gewöhnlichen Erythema nodosum zuweilen vorkommt.

Drittens sah H. eine diffuse, blasse, teigige, schmerzhafte Weichteilschwellung, ganz der bei Henochscher Purpura öfter beobachteten Form entsprechend.

Diese seltene Mischung von Erythema exsud. multiforme und Erythema nodosum, beide mit Abweichungen vom gewöhnlichen Bild, mußte auffallen. Als nun durch genaue Untersuchung, mehr zufällig, die Gonorrhöe beim Pat. entdeckt war, erhob sich sofort die Frage, ob es sich nur um ein gelegentliches Zusammentreffen oder um eine ätiologische Beziehung der Gonorrhöe zur Hauterkrankung, also ein gonorrhoisches Exanthem handelte.

Nun sind ähnliche Fälle von Hauteruptionen als gonorrhoische bereits beschrieben worden. Auch ist man in neuerer Zeit bestrebt, die Erscheinungen des Erythema exsudativum multiforme auf die Wirkung von Toxinen, die des Erythema nodosum im wesentlichen auf direkte bakterielle Reizwirkung bezw. Embolie zurückzuführen. Die Kombination beider Exanthemformen im obigen Falle wäre damit vereinbar, da einerseits die Gonokokken Toxine bilden, andererseits auch mehrfach im Blut selbst Gonokokken nachgewiesen sind. Nicht immer war freilich in den analogen Fällen der Literatur das Bild der Sepsis vorhanden.

Bei obigem Pat. trat nun nach einmonatlicher Krankheit völlige Genesung ein, und zwar ganz plötzlich im Anschluß an eine intravenöse Kollargolinjektion (3 g einer 2 %igen Lösung). Unmittelbar darauf trat Entfieberung ein und die vorher immer wiederkehrenden Erscheinungen seitens der Gelenke und der Haut waren mit einem Schlage beseitigt, so daß hier wohl kaum von einem Zufall die Rede sein kann. Die Injektion, sowie eine gleiche 5 Tage später aus prophylaktischen Gründen wiederholte verlief trotz der für das Alter ziemlich hohen Dosis ohne jede Nebenerscheinung. H. hält sich daher für berechtigt, zu den Indikationen für die intravenöse Kollargoltherapie die gonorrhoische Sepsis und gewisse gonorrhoische Exantheme hinzuzufügen, speziell wo durch das Auftreten von Erythema nodosum der Verdacht gestützt wird, daß nicht nur Toxine, sondern auch Mikroorganismen im Blute kreisen. Grätzer.

K. Flügel, Über Rektalgonorrhöe bei Vulvovaginitis infantum. (Aus der dermatolog. Abteilung des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 12.) Bei Durchsicht von Krankengeschichten vom Jahre 1896 ab, wo in jedem Falle von weiblicher Gonorrhöe mikroskopisch auch auf Rektalgonorrhöe untersucht wird, fand F. unter 56 Fällen von gonorrhoischer Vulvovaginitis infantum 11mal Gonorrhöe des Rektums verzeichnet (also in 20 % der Fälle). Dieser verhältnismäßig hohe Prozentsatz, welcher zwar nicht ganz so hoch ist, wie der in der Anstalt bei an

Gonorrhöe erkrankten Frauen gefunden (von denen etwa $^1/_3$ auch Gonorrhöe des Rektums hatten), erklärt sich wohl daraus daß stets auf Gonokokken gefahndet wurde, auch wenn keine äußerlich wahrnehmbaren Veränderungen vorlagen. Nur 3mal war reichlich schleimig-eitriger Ausfluß aus dem Rektum vorhanden. In den übrigen Fällen wurde das Sekret durch Einführung einer Platinöse in den Anus gewonnen. Die Einführung eines Spekulums ins Rektum stößt bei Kindern oft auf Schwierigkeiten, so daß sie unterbleiben muß. Hierauf dürfte das seltenere Auffinden der Gonorrhöe des Rektums bei Kindern als bei Erwachsenen zurückzuführen sein. Die subjektiven Erscheinungen und Beschwerden sind meist gering. Die Infektion des Rektums kam wohl am häufigsten durch aus der Vagina herabfließendes Sekret zustande; damit stimmt gut überein, daß die Rektalgonorrhöe öfters bei sehr reichlichem Fluor aus den Genitalien gefunden wurde. Die Behandlung bestand in Applikation von Suppositorien, die 0,01 g Arg. nitr. oder Albargin enthielten oder Ichthyol 1 g; in anderen Fällen wurden Ausspülungen des Rektums mit Sol. arg. nitr. 1:3000 vorgenommen. In allen Fällen wurde das Rektalsekret früher gonokokkenfrei, als dasjenige der Vagina und Urethra; es bietet eben die Schleimhaut des Rektums nicht die günstigen Bedingungen für das Gedeihen der Gonokokken, wie die Schleimhaut der Genitalien; auch die alkalische Reaktion des Rektalschleimes und die Menge der stets vorhandenen anderen Bakterien sind diesem Gedeihen nicht förderlich, so daß zweifellos die Rektalgonorrhöe auch spontan abheilen kann. Immerhin hat sie eine praktische Bedeutung insofern, als, besonders in den Fällen mit stärkerem Ausfluß aus dem Rektum, stets die Gefahr der Reinfektion der Vulva und der Übertragung auf andere Kinder besteht. In allen Fällen von Vulvovaginitis infantum ist demzufolge auf das Vorhandensein einer Rektalgonorrhöe zu achten und gegebenenfalls dieselbe zu behandeln. Grätzer.

Carrière, Sur quelques cas de vulvite impétigineuse chez les enfants. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. Bd. 7. S. 57.) C. berichtet über 3 Fälle von Vulvitis impetiginosa bei Mädchen im Alter von 4, 6 bezw. 7 Jahren. Die Erkrankung beginnt akut fieberhaft mit Rötung event. auch mit Ödem der Labia majora et minora und des Hymens, dann folgt eine seröse oder serös-eitrige Exsudation. Am nächsten Tage schießen zahlreiche kleine Blasen auf. Die Blasen platzen und es entstehen umschriebene Ulzerationen. Die Sekretion wird stärker und serös-eitrig. Gleichzeitig treten Lymphdrüsenschwellungen ein. Die impetiginöse Natur dieser Erkrankung ist erwiesen durch das gleichzeitige Auftreten der Erkrankung an anderen Körperstellen, sowie durch den bakteriologischen Befund und Überimpfung. Schreiber (Göttingen).

L. E. Holt, Gonococcus Infectious in Children. (Archives of Pediatrics. Mai 1905.) Gonorrhoische Vaginitis kommt sehr häufig vor, namentlich in Anstalten und in der poliklinischen Praxis. Aber auch in der sogen. „besseren“ Praxis begegnet man ihr nicht selten.

Schon in ihren leichten Formen ist diese Erkrankung überaus lästig und hartnäckig; die heftigeren Formen sind direkt lebens-

gefährlich. Die epidemische Vaginitis ist eine wahre Plage der Kinderanstalten.

Da das Leiden sehr ansteckend ist, so dürfen erkrankte Kinder nicht in demselben Zimmer mit gesunden schlafen, sonst läßt sich die Verbreitung des Leidens kaum verhindern. Dasselbe gilt auch von der spezifischen Ophthalmie und von der gonorrhoischen Arthritis oder Pyämie.

Aber nicht allein die erkrankten Kinder, sondern auch die Wärterinnen müssen derselben Quarantäne unterworfen werden.

Die Gefahr für die Pflegerinnen ist eine bedeutende und dieselben sollten darüber genauere Instruktionen erhalten als üblich ist.

Leo Jacobi (New York).

John E. Weeks, Gonococcic Infection of the Eye in Infants. (Archives of Pediatrics. Mai 1905.) In seiner Dissertation, über die Blennorrhoea neonatorum hatte Heim (Bern 1895) 83000 Geburten zusammengetragen und fand darunter 400 Fälle von Blennorrhöe, also etwa $^1/_2$ %.

Verf. hat das Verhältnis der Fälle dieser Krankheit zu anderweitigen Angenerkrankungen auf Grund eines ausgiebigen Materials geprüft und findet ebenfalls $^1/_2$ % von Blennorrhöen.

Die Infektion kann schon vor der Geburt stattfinden und sogar weit fortgeschritten sein, namentlich wo die Blase frühzeitig gesprungen war und eine langwierige Austreibungsperiode folgte. Ja, es sind Fälle bekannt geworden, in denen die Infektion durch die unverletzten Eihäute stattgefunden hatte.

Die Erkrankung zeigt sich aber in den allermeisten Fällen innerhalb der ersten 5 Tage nach der Geburt. Je später die Symptome auftraten, um so besser in der Regel die Prognose.

Man muß diese angeborenen Fälle sorgfältig von den sekundären unterscheiden, denn eine Infektion kann ja später Platz greifen, wozu die Lebensfähigkeit der Gonokokken wesentlich beträgt. Nach Welander können sogar Fliegen die Übertragung vermitteln!

Prophylaktisch redet Verf. dem Argyrol das Wort. Er empfiehlt das Mittel in 25—35 %iger Stärke anzuwenden, und zwar in derselben Weise wie Credé das Argentum nitricum anwendet. Gleich nach der Geburt wird also mittels eines Glasstäbchens ein Tropfen der Lösung in jedes Auge gebracht und darin ohne weiteres belassen. Nachspülungen sind überflüssig.

Die Prophylaxe richtet sich auch nach der mütterlichen Infektionsquelle und besteht hier in Scheidenausspülungen mit Sublimat (1:1000 oder 1:3000), die fleißig vor und während der Geburt gemacht werden.

Die eigentliche Therapie der Blennorrhöe besteht in sehr häufig wiederholten Spülungen des Konjunktivalsacks mit Borsäure in 3 %iger Lösung oder irgend einem anderen milden antiseptischen Mittel. Daneben kommt immer noch das altbewährte Silbernitrat in 1 %iger Lösung zur Anwendung.

Die Prognose bei rechtzeitig eingreifender Behandlung ist nicht schlecht.

Leo Jacobi (New York).

Oluf Thomsen (Däne), Pathologisch-anatomische Veränderungen in der Nachgeburt bei Syphilis. (Habilitationsschrift. Kopenhagen 1905. 117 S. Zwei Tafeln.) Der Verf. zeigt, daß ein Kind von syphilitischen Eltern selbst als syphilitisch angesehen werden muß, wenn die vom Verf. näher beschriebenen entzündlichen Veränderungen der Nabelschnur vorhanden sind. Er rät solche Kinder antisyphilitisch zu behandeln und meint dadurch dem Auftreten der manifesten angeborenen Syphilis vorzubeugen zu können. Die interessante Arbeit wird in der deutschen Sprache veröffentlicht werden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Brönnum und **V. Ellermann** (Dänen), Spirochaete pallida in der Milz eines syphilitischen Fötus. (Hospitalstidende. 1905. No. 39.) Nachweis ziemlich großer Mengen Spirochaete pallida Schaudinn in der Milz eines 6 Monate alten macerierten Fötus einer syphilitischen Frau.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Brönnum (Däne), Ein Fall von angeborener Syphilis mit Nachweis von Spirochaete pallida in Leber und Milz. (Hospitalstidende. 1905. No. 29.) 9 Wochen altes Kind, dessen Mutter an Syphilis litt, wurde am 3. Juli aufgenommen im Spital, es hatte Roseola an Händen, Füßen, Unterleib und Gesicht, Schnupfen und sehr bedeutende Schwellung der Leber und der Milz. Das sehr schwache Kind starb 2 Tage später. Die Sektion zeigte Cirrhosis syphilitica hepatis, Hyperplasia lienis, Anaemia renum. Durch Giemsas Methode gelang es dem Verf. in Präparaten von der Leber zahlreiche (in einem Gesichtsfelde 20), in Präparaten von der Milz eine einzelne Spirochaete pallida Schaudinn nachzuweisen. In Präparaten von der Niere und einer Mesenterialdrüse wurden keine Spirochäten gefunden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Reischauer, Ein weiterer Spirochätenbefund bei hereditärer Syphilis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 34.) R. hatte Gelegenheit, das totgeborene Kind einer luetischen Mutter zu untersuchen. Er fertigte von frischen Schnittflächen der Milz, Leber, Lunge und Niere je 20 dünne Ausstrichpräparate an, ebenso vom Blut. Es fanden sich in der Leber fast in jedem Ausstrich mehrere typische Spirochäten, ganz vereinzelte in der Milz und in der Lunge, keine in der Niere und im Blut. Gefärbt wurde nach Giemsa.

Es scheint also der Nachweis der Spirochaete pallida am leichtesten in der Leber zu gelingen. Die histologische Untersuchung stimmte hiermit überein: sie zeigte eine ausgesprochene diffuse Bindegewebshyperplasie, mit entsprechendem Schwund der Leberzellen; auch die übrigen Organe zeigten typische, wenn auch nicht so weitgehende Veränderungen.

Der Nachweis der Spirochäten in Schnittpräparaten gelang nicht.

Grätzer.

A. Buschke u. **W. Fischer**, Über das Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes. (Aus dem städt. Krankenhause am Urban in Berlin.) (Deutsche med.

Wochenschrift. 1905. No. 20.) Ein 10 Wochen altes Kind, mit hereditärer Lues behaftet, starb. Es wurden Ausstrichpräparate aus tiefen Schichten von Milzsaft und Lebersaft, Lymphdrüsen und anderen Geweben angefertigt und nach der Methode Schaudinn-Giemsa weiter bearbeitet. In den Ausstrichen von der Milz und Leber fanden sich außerordentlich zahlreich Spirochäten, die morphologisch und tinktoriell den von Schaudinn und Hoffmann gefundenen glichen.

Aus einem solchen Befunde, zumal derselbe event. noch andere Deutungen zuließ, hat man keine Berechtigung, auf die Bedeutung der Spirochäten für die Ätiologie der Syphilis zu schließen; immerhin bleibt das Vorkommen von Spirochäten im Innern des Körpers etwas Bemerkenswertes.

Grätzer.

A. Pinard (Paris), Prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (Revue prat. d'obst. et de paed. Avril 1905.) Der Verf. schließt sich der Ansicht Fourniers an, daß nämlich die Prokreirung eines gesunden Kindes durch einen Syphilitiker keineswegs Zeugnis für seine Heilung ablegt. Es sind Fälle beobachtet worden, daß z. B. die ersten Kinder eines Syphilitikers gesund waren, dann wieder eines mit hereditärer Syphilis oder mit geschwächter Konstitution auf die Welt kam. Von diesem Standpunkte aus betrachtet ist es also nicht genug, den einmal luetisch Infizierten nur soviel zu behandeln, daß die Symptome seiner Krankheit nicht mehr zur Geltung kommen und er auch für seine Umgebung aufhört infektiös zu sein, sondern man muß denselben auch mit Bezug auf die Prokreirung behandeln. Eine solche prophylaktische Behandlung muß bei jedem Kinde von neuem angefangen werden und muß monatelang dauern, andererseits soll auch die Frau während der ganzen Schwangerschaft eine antiluetische Behandlung durchmachen. Medikamentös benutzt P. Jodquecksilber und Jodkali nach folgender Formel: Rp. Kalii jodati 10,0, Hydrargyri bijodati 0,10, Aq. destill. 250,0, Aq. Menthae 50,0. M. S. 2 Eßlöffel täglich, während der Hauptmahlzeiten. Man läßt diese Medikation durch 6 Monate gebrauchen. Auf diese Weise kann man die Sicherheit haben, daß auch die Syphilitiker gesunde Kinder prokreiren werden.

E. Toff (Braila).

V. E. Ovazza (Turin), Ictère et syphilis héréditaire. (Arch. de méd. des enf. Juin 1905.) Der Ikterus der Neugeborenen als Erscheinung der hereditären Lues ist eine wichtige, wenn auch nicht häufige Manifestation dieser Krankheit, da im allgemeinen die Prognose eine schlechte ist und es von dem rechtzeitigen Erkennen der Krankheitsnatur und Einleiten einer spezifischen Behandlung abhängen dürfte, ob die kleinen Pat. am Leben erhalten werden können. Die Ursachen dieses Ikterus sind noch nicht sicher festgestellt; von manchen wird eine interstitielle Hepatitis mit Kompression der Gallengänge, von anderen eine Kompression des Ductus choledochus durch ein Gumma oder hypertrophische Lymphdrüsen, angenommen.

In dem von O. beobachteten Falle handelte es sich um einen 20 Tage alten Knaben, welcher seit dem vierten Lebenstage einen intensiven Ikterus darbot. Die allgemeine Entwicklung des Kindes war eine gute und außer einigen Erythemflecken an den Schenkeln

und leichter Abschilferung an der linken Fußsohle, war von hereditärer Syphilis nichts zu bemerken, trotzdem die Anamnese von seiten der Eltern eine solche vermuten ließ. Eine spezifische Behandlung mit Liquor Van Swieten bewirkte nur eine geringe Verminderung der Gelbfärbung, auch Einreibungen mit grauer Salbe hatten keine besondere Wirkung; der Allgemeinzustand verschlimmerte sich von Tag zu Tag, es trat Rhinitis auf, starke Abschilferung der Fußsohlen, Vermehrung der Erytheme und endlich Tod unter Erscheinungen allgemeiner Entkräftung. Die Obduktion konnte leider nicht vorgenommen werden.

E. Toff (Braila).

Stoerk, Über Pankreasveränderungen bei Lues congenita. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. No. 18.) S. teilt die histologischen Befunde mit, die er am Pankreas eines allgemeine, schwere syphilitische Veränderungen aufweisenden, ausgetragenen, totgeborenen Kindes erheben konnte. Der Pankreas war 14 Stunden nach dem Tode (!) in die Fixierungsflüssigkeit eingelegt. Außer den bekannten kongenitalen syphilitischen Veränderungen, als interstitieller produktiver Entzündung, Gefäßwandveränderung, Gummibildung, besonders im interstitiellen Bindegewebe, aber auch im Parenchym, konnte S. besondere Verhältnisse an den Langerhansschen Inseln beobachten. Vielfach fand er nämlich in die Langerhansschen Inseln blind endigende Äste der Pankreaskapillaren oder auch nur bald dickere, bald dünnere solide Zellstränge, die er der Kernform nach für Kanälchenepithelien hält, und schließlich an entsprechenden Stellen je an den Inseln und den Kanälchen spitz ausgezogene zellige Sprossen. Da er ferner Bilder fand, die dafür sprechen, daß die Kanälchenepithelien in die besonders gestalteten und durch Körnelung des Protoplasmas sich auszeichnenden Zellen der Langerhansschen Inseln übergehen, so deutet er den Befund so, daß im vorliegenden Falle die Inselepithelien durch Sproßung und sekundäre Abschnürung aus den Kanälchenepithelien hervorgegangen sind. Ob diese Beobachtung der normalen Entwicklung entspricht, kann S. nicht entscheiden, obgleich ihm die bei Schafembryonen von anderer Seite nachgewiesenen ähnlichen Befunde dafür zu sprechen scheinen.

Bennecke (Marburg).

B. Salge, Die Behandlung der hereditären Syphilis des Säuglings. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. No. 22.) Das souveräne Mittel ist das Quecksilber. Sehr beliebt sind die Sublimatbäder (1:20000, d. h. man setzt dem Bade von 20 l 1 g Sublimat zu); am besten verordnet man das Sublimat in einer Lösung von 4—6:200 und läßt den 4. Teil dem Bade zusetzen. Diese Behandlung ist bequem, hat aber zwei Übelstände: bei nicht sehr affizierter Haut wird nicht viel von dem Hg resorbiert, und wird dasselbe resorbiert, so weiß man nie auch nur annähernd, wie viel es ist.

Die Schmierkur hat den Übelstand, daß graue Salbe bei Kindern nicht selten intensive Ekzeme verursacht. Besser wird die Sache, wenn man verordnet:

Rp. Hydrarg. colloid. 1,0
Lanolin 30,0
Div. in part. aeq. X.

Am einfachsten ist die Internkur. Kalomel wirkt freilich unangenehm durch die Durchfälle. Praktischer ist die Ordination von Hydrarg. jodat. flav. in Dosen von 5 mg bis 1 cg 2mal täglich.

Ideal ist die Spritzkur, und zwar nach der Methode von Imervol, nach der man 2—4 mg injiziert, und zwar wöchentlich nur einmal, im ganzen 3—4mal. Man verschreibt:

Rp. Hydrarg. bichlorat. 0,2
Natr. chlorat. 0,2
Aq. dest. 10,0
S. einmal wöchentl. $^{1}/_{10}$ ccm zu injizieren.

Die Injektion erfolgt intramuskulär in den äußeren oberen Quadranten einer Hinterbacke; da mit den Injektionen abgewechselt wird, so wird in jede Hinterbacke nur alle 14 Tage und während einer Kur im allgemeinen nur 2 mal eingespritzt; die Injektionen sind nur sehr wenig schmerzhaft und von keinerlei unangenehmen Folgen. Man benutzt am besten Glasspritzen mit eingeschliffenem Glasstempel, der oben ganz eben ist, so daß sehr genaue Einstellung erfolgen kann. S. hat bei dieser Behandlung überraschend schnelle Heilungen erlebt.

Bei den leichteren Fällen kommt man mit der Internkur oder einer Spritzkur mit kleineren Dosen aus, für die schwereren dürfte hauptsächlich Spritzkur mit höheren Dosen (3—4 mg beim Säugling) indiziert sein, außerdem vielleicht bei intakter Haut Schmierkur, bei exkoriierter Sublimatbäder. Die Kur soll im allgemeinen 6 Wochen dauern, nur bei der Spritzkur nach Imervol kann man sich mit vier Einspritzungen begnügen. Die Kur wiederhole man im 2. und 3. Lebensjahre.

Was die symptomatische Therapie anbelangt, so bekämpft man den Schnupfen durch Einblasungen mit Kalomel 1,0: Sacch. 20,0 oder man führt Tampons mit roter Präzipitatsalbe ein oder bepinselt die Nasenschleimhaut mit Argent. nitr. oder Hydrarg. colloid. Einen ausgezeichneten Erfolg erreicht man mit Nebennierenpräparaten. Am bequemsten und billigsten ist die Verwendung der Soloid-Hemisin-Tabletten, von denen eine, in 5 ccm Wasser oder Kochsalzlösung gelöst, eine Lösung von 1:1000 gibt; damit werden Wattetampons getränkt und mehrmals täglich in die Nase gesteckt. Das Kind atmet sofort besser und trinkt besser. Grätzer.

Gastou, Le coryza syphilitique rhino-pharyngite purulente septico-pyohémique chez les nouveau-nés syphilitiques. (Sonderabdruck aus Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles. T. 3. No. 3. Paris, Doin.) G. gibt eine ausführliche Schilderung der Coryza syphilitica, auf die im einzelnen hier nicht näher eingegangen werden kann. Was insbesondere die Behandlung anbetrifft, so empfiehlt er zur Prophylaxe derselben eine spezifische Behandlung der Eltern und antiseptische Spülungen der Vagina unter der Geburt, sowie spezifische Behandlung des Kindes. Gegen die Coryza syphilitica selbst empfiehlt er Nasenduschen mit Borwasser, Wasserstoffsuperoxydlösung, Einpulvern von Jodoform, Kalomel. Schreiber (Göttingen).

Zuber, Syphilis pulmonaire chez une fillette de 13 ans. Gomme volumineuse ramollie occupant tout le lobe inférieur

du poumon droit, et s'accompagnant des pleurésie sérofibrineuse; syphilis du rein et de la rate. (Annales de Méd. et Chir. infant. 1905. No. 10. S. 334.) Die 13 jährige Pat. war 14 Tage zuvor erkrankt mit Husten und Fieber; über dem rechten Unterlappen absolute Dämpfung, über dem Oberlappen etwas Schallabschwächungen. Atemgeräusche über den Unterlappen nicht zu hören; eine Probepunktion ergab etwas blutig gefärbte Flüssigkeit. Am rechten Unterschenkel fanden sich vier ulzerierte Tumoren, deren Ätiologie nicht sicher gestellt werden konnte. Es wurde angenommen, daß es sich um Tuberkulose handelte. Bei der Autopsie dagegen ergab sich, daß der rechte Unterlappen im Zentrum vollkommen zerfallen war. Die Peripherie war sklerosiert; die Pleurablätter verwachsen, an der Basis etwas Erguß. Ebenso fanden sich Gummabildungen in der Niere und in der Milz.

Schreiber (Göttingen).

H. Dauchez, Syphilis cérébrale précoce avec exophtalmie chez l'enfant et chez l'adolescent. (Archives de méd. des enf. 1905. No. 3.) D. führt zwei Fälle von frühzeitiger Hirnsyphilis an und hebt die Notwendigkeit einer lange dauernden, gemischten spezifischen Behandlung hervor.

In einem seiner Fälle handelte es sich um ein $2^1/_2$ jähriges Kind, welches mit Symptomen von Meningitis und rechtsseitiger Exophthalmie erkrankt war, beruhend auf hereditärer Lues. Eine energische antisyphilitische Kur führte Heilung herbei.

Im zweiten Falle traten ähnliche Symptome, aber beiderseitiger Exophthalmus bei einer $17^1/_2$ jährigen Frau, etwa 6 Monate nach einer luetischen Infektion auf; außer Symptomen von Hirnsyphilis bestand eine Neuroretinitis, Pupillenstarre und fast vollständige Amblyopie; auch das Rückenmark schien ergriffen zu sein und zwar traten diese Erscheinungen auf, nachdem kurze Zeit zuvor eine spezifische Behandlung mittels Injektionen von grauem Öl vorgenommen worden war. Auch hier mußte lange Zeit antisyphilitisch und später hydrotherapeutisch behandelt werden. Der Exophthalmus dürfte in beiden Fällen auf einer Periostitis der Augenhöhle beruhen.

E. Toff (Braila).

P. A. Preobraschenski, Zur Frage der Bedeutung der Syphilis in der Ätiologie der Tabes dorsalis. Über einen Fall von Tabes dorsalis im Kindesalter. (Aus der Abteilung für Nervenkranke des Alt-Katharinaschen Krankenhauses zu Moskau.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Juni 1905.) P. gibt die Krankengeschichten von Mutter und Kind. Erstere hatte zweifellos Syphilis, ihr Sohn, der nach 3 Aborten zur Welt gekommen war, bot vom 12. Lebensjahr ab Erscheinungen der Tabes dar, die hier nur Folge der Lues hereditaria sein konnte. P. gelangt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Wenn es auch für den Zusammenhang zwischen Syphilis und Rückenmarksschwindsucht keinen direkten Beweis gibt, so sprechen doch sämtliche indirekten Beweise für diesen Zusammenhang; infolgedessen kann man die Syphilis als die Hauptursache der Tabes dor-

salis betrachten: ohne Syphilis gibt es keine Tabes, ebenso wie es ohne Diphtheritis keine Diphtherielähmung gibt.

2. Sämtliche Argumente, die gegen diesen Zusammenhang vorgebracht werden, sind ziemlich schwach.

3. Welche unmittelbaren Ursachen die Entwicklung der Tabes dorsalis bei Syphilis bewirken, ist unbekannt; jedenfalls hat die vorangehende Behandlung der Syphilis, wie aus den Beobachtungen der Autoren, wie auch aus meinen Beobachtungen hervorgeht, gar keine Bedeutung; die Rückenmarksschwindsucht entwickelt sich sowohl nach und sogar während einer energischen antisyphilitischen Kur, sowie auch ohne jegliche spezifische Behandlung. Die Ätiologie der Tabes dorsalis ist somit in denselben Worten enthalten, durch welche Krafft-Ebing die Ätiologie der progressiven Paralyse charakterisiert hat: Syphilisation und Zivilisation. Grätzer.

Edgar Hirtz et **Henri Lemaire,** Étude critique sur le tabès infantile-juvénile. (Revue neurol. 1905. No. 5.) Verff. fügen 46 bisher veröffentlichten Fällen von juveniler Tabes eine eigene Beobachtung hinzu und knüpfen an dieselben folgende allgemeine Bemerkungen:

Die juvenile Tabes beginnt mit Blasenstörungen, lanzinierenden Schmerzen oder Sehstörungen, seltener mit gastrischen Krisen. Das beständigste Symptom der präataktischen Periode der juvenilen Tabes sind Störungen der Urinentleerung, während bei Erwachsenen die Tabes meist mit lanzinierenden Schmerzen beginnt. Letzteres war nur in 30 % der Fälle juveniler Tabes, in 14 % der Fälle wurden die Kinder wegen Sehstörungen zum Arzte gebracht. Oft sind Blasen- und Sensibilitätsstörungen (Anästhesie, Parästhesien), im Anfang die einzigen krankhaften Symptome, die Untersuchung ergibt dann Westphal, Argyll-Robertson und Romberg. Die Ataxie ist meist leichten Grades, das Allgemeinbefinden bleibt gut.

Bezüglich der Ätiologie der juvenilen Tabes ist zu bemerken, daß in fast allen bisher publizierten Fällen die hereditäre Syphilis nachzuweisen war und zwar entweder mit Sicherheit oder doch wenigstens mit Wahrscheinlichkeit. Nur in in 3 Fällen war (nach der Geburt) erworbene Syphilis festzustellen. Zuweilen ist in der Aszendenz Tabes, Paralyse, Epilepsie notiert.

Immerhin ist die Tabes eine Ausnahmeform der spinalen Manifestationen der hereditären Syphilis. Kurt Mendel (Berlin).

H. Vogt u. **O. Franck,** Über jugendliche Paralyse. (Aus der Provinzial-Heil- und -Pflegeanstalt zu Langenhagen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 20.) Es wird der Fall eines vorher nur imbezillen Knaben geschildert, bei dem sich im 11. Lebensjahre allmählich ein Krankheitsbild zu entwickeln begann, welches alle charakteristischen Momente der progressiven Paralyse des Kindesalters aufwies. Die Anamnese ergab keine sicheren Anhaltspunkte für Lues, doch sprach der Befund der Hutchinsonschen Zähne mit einiger Sicherheit in dieser Beziehung für eine Belastung. Der Fall nahm einen recht langsamen Verlauf (6 Jahre), wie meist die kind-

liche Paralyse, und es zeigten sich die ersten Momente der Krankheit bereits lange, bevor es zur Ausbildung der typischen Erscheinungen kam. Remissionen fehlten vollständig. Sehr zeitig traten Gehstörungen auf, was für Frühparalyse charakteristisch ist. Eine Besonderheit lieferte der Fall in der Ausbildung der psychischen Symptome infolge Hervortretens lebhafter und zum Teil maßloser Größenideen. Interessant war endlich das Moment, daß der Fall einen a priori schwachsinnigen Knaben betraf. Die Zahl der Fälle, in denen idiotische Kinder an progressiver Paralyse erkrankten, ist schon eine beträchtliche. Die Frage, in welchem tatsächlichen Verhältnis dabei Lues, Idiotie und Paralyse stehen, ist noch eine offene.

Grätzer.

O. Woltär, Beitrag zur Kasuistik der Paralysis progressiva im Kindesalter. (Aus der deutschen psychiatr. Klinik in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1905. No. 39.) W. beschreibt einen Fall, bei dem die Erkrankung im sechsten Lebensjahre begann. Die Ätiologie war dunkel. Weder objektiv noch anamnestisch waren Zeichen von Lues nachzuweisen, auch bei der Mutter des Kindes nicht, die allerdings 4mal abortiert hatte. Die Mutter erkrankte zur Zeit, als das Kind sich bereits im letzten Stadium der Paralyse befand, gleichfalls an diesem Leiden. Auch bei dem Kinde war die Diagnose ganz klar, die Erscheinungen typisch; sicher handelt es sich nicht etwa um einer Fall von angeborenem Blödsinn, sondern die geistige Entwicklung des Pat., welche bis zu seinem Eintritt in die Schule ganz normal war, erfuhr zunächst einen Stillstand, und dann erfolgte unaufhaltsam der Niedergang der geistigen Fähigkeiten bis zum tiefsten Blödsinn. Auch die Sprache ging in typischer Weise zurück, ebenso traten die rein somatischen Symptome in typischer Weise in Erscheinung; 2 Monate vor dem Tode, der im 13. Lebensjahre erfolgte, trat der erste paralytische Anfall auf, und diese Anfälle, die bei der Frühform der Paralyse oft den Anfang vom Ende bezeichnen, wiederholten sich. Der unaufhaltsam progrediente, langsame Verlauf der Krankheit und das Fehlen von Remissionen, die den Frühformen der Paralyse eigen sind, zeigten sich auch hier. Die Sektion bestätigte die in vivo gestellte Diagnose durchaus. Grätzer.

D. Galatti, Schmerzhafte Paralyse der Kinder. (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 30 u. 31.) Das Leiden hat so charakteristische Erscheinungen, daß französiche Autoren es als Krankheit sui generis beschrieben, als „Paralysie douloureuse des enfants“, während die deutsche Pädiatrie dies spezielle Krankheitsbild als solches nicht kennt. Es handelt sich bei dem Leiden gewöhnlich um 3—5 Jahre alte Kinder, doch kommt es auch früher (event. schon im ersten Lebensjahre), ausnahmsweise nach dem fünften Lebensjahre zur Beobachtung. Die Kinder sind meist nervös veranlagt, hereditär belastet. Fast immer geht der Affektion ein leichtes Trauma voraus: rascher Griff oder Zug am Arm, um das an der Hand gehaltene Kind vor einem Falle zu bewahren, eine Zerrung beim Turnen oder Spielen u. dergl. löst den Symptomenkomplex plötzlich aus. An das Trauma schließt sich die Schmerzäußerung des Kindes sofort an,

damit hört auch zugleich die aktive Bewegung des Armes, um den es sich hier in der Regel handelt, auf. Die Lähmung erstreckt sich anscheinend auf alle Muskeln des Oberarmes, des Vorderarmes, der Hand und vielleicht auf die vorn gelegene Schultermuskulatur. Der initiale Schmerz dauert fort, zumeist sich in der Schultergegend lokalisierend; meist gering, wird er durch passive Bewegungen verstärkt, manchmal erst wieder hervorgerufen. Die sonstige objektive Untersuchung fällt gänzlich negativ aus. Schon nach 2 Tagen läßt die Schmerzhaftigkeit nach, ebenso die Bewegungsbehinderung; ist letztere ganz verschwunden, so sind auch die Schmerzen weg. Oft ist schon nach 48 Stunden völlige Restitutio in integrum eingetreten, meist geschieht dies aber erst nach 4—5 Tagen.

Wir haben also als charakteristische Symptome das urplötzliche Einsetzen einer mit Schmerzhaftigkeit verbundenen Bewegungslosigkeit einer oberen Extremität bei Kindern ohne irgendeine nachweisbare anatomische Läsion, ferner den raschen Ablauf und steten Ausgang in Heilung. Differentialdiagnostisch kämen hauptsächlich zwei Affektionen in Betracht. Die eine ist die von Ollier 1881 unter dem Namen „Entorse juxta-épiphysaire“ beschriebene partielle leichte Trennung der Epiphysen. Auch diese Krankheit entwickelte sich bei Kindern nach einer Zerrung der oberen Extremität, auch hier finden wir Schmerzhaftigkeit und Unbeweglichkeit, aber auch eine lokale Schwellung, die bei der Paralysie douloureuse fehlt. Dann wäre noch das Initialstadium der spinalen Kinderlähmung zu berücksichtigen. Auch diese tritt plötzlich auf (aber meist mit Fieber und Konvulsionen), freilich ohne vorausgehendes Trauma, ohne Schmerzhaftigkeit; bei der spinalen Lähmung handelt es sich ferner um eine Paraplegie der unteren Extremitäten. Also genug Unterscheidungspunkte!

Wie kommt nun aber die Paralysie douloureuse zustande? Man nahm an, durch eine Läsion des Plexus brachialis. Dagegen spricht aber zu vieles. G. möchte da vielmehr an die von Möbius beschriebene „A Rinesia algera“ erinnern, die bei hysterischen und neurasthenischen Erwachsenen auftritt und darauf beruht, daß die Pat. den Gebrauch gewisser Muskeln gleichsam bewußt einstellen, weil die Bewegung derselben für sie mit Schmerz verbunden wäre. Als Analogon bei Kindern sieht G. die Paralysie douloureuse an. Eine lebhafte Schmerzempfindung wird durch ein Trauma ausgelöst, der Schmerz vielleicht durch eine kleine Zerrung, Blutung u. dergl. unterhalten. Ein nervöses Kind reagiert auf diesen sensiblen Reiz ungemein stark und stellt zur Vermeidung des Schmerzes die Bewegungen ein. Also der rein psychische Vorgang einer Hemmungserscheinung, eine spezielle Lokalisation eines psychischen Vorganges, keine Krankheit sui generis. Für diese Auffassung sprechen auch folgende zwei Facta: Passive Bewegungen, welche bei Aufmerksamkeit des Kindes Schmerz hervorrufen, können schmerzfrei ausgeführt werden, wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt ist. Und ferner: Der Parallelismus von Schmerzhaftigkeit und Bewegungslosigkeit; letztere nimmt mit der Abnahme der Schmerzen ebenfalls ab. Grätzer.

Arthur Clopatt (Finnländer), Ein Fall von Poliomyelitis anterior acuta. (Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1905. No. 6.) Ein 2jähriges Mädchen erkrankte plötzlich mit Fieber, nach 4 Tagen wurde eine Parese der Finger der linken Hand beobachtet. Am folgenden Tage vollständige und schlaffe Parese des ganzen linken Armes und der Handmuskeln. Keine Sehnenreflexe. Sensibilität unversehrt. Gleichzeitiges Auftreten von Ptosis und Myosis sinistra. Das Reaktionsvermögen der Pupille gegen Licht unverändert, die linke Pupille verengert sich mehr als die rechte. Nach 3 Wochen Besserung. Nach 4—5 Wochen war das Kind gesund, doch bestand linksseitige Ptosis. Der Verf. erklärt die oculo-pupillären Symptome als herrührend von der Läsion des cilio-spinalen Zentrums mit konsekutiver Lähmung des Musc. dilatator pupillae und des Möllerschen Muskels. Der poliomyelitische Herd muß sich in den unteren Hals- (5—8) und erstem Brustsegment an der linken Seite befunden haben. Dieses Symptom wird in der reichen Kasuistik der Krankheit nur in einem Fall von Lövegren und einem von Neurath besprochen, und Neurath zweifelt an dem Zusammenhang der Pupillardifferenz mit der Krankheit.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Simon et **Crouzon**, Hémiplégie complète, suivie de contracture, avec aphasie, au cours de la chorée. (Annales de Méd. et Chir. infant. 1905. No. 10. S. 325.) Das 12jährige Mädchen erkrankte an einer schweren, fieberhaften Chorea, an die sich nach etwa 8 Tagen eine vollkommene Lähmung der rechten Seite anschloß. Vollkommene Anästhesie; rechtsseitiger Babinski; Aphasie vollkommen. Linkerseits bestehen die choreatischen Bewegungen fort. Am Herzen keine Geräusche. 4 Monate später noch reine motorische Aphasie, die Lähmungserscheinungen sind etwas zurückgegangen, am Herzen fanden sich jetzt die Zeichen einer Mitralinsuffizienz. Verff. nehmen an, daß die Hemiplegie durch eine Embolie von der Mitralerkrankung aus zustande gekommen ist.

An den gelähmten Gliedern zeigten sich später Kontrakturen, jedoch besserte sich im Laufe der nächsten Monate der Zustand noch etwas.

Schreiber (Göttingen).

Hackenbruch, Zur Behandlung der spinalen Kinderlähmung durch Nervenpfropfung. (Deutsche med. Wochenschrift. No. 25.) H. hat drei Kinder mit spinaler Peroneuslähmung so behandelt. Die Operation verlief so, daß oberhalb der queren Kniekehlenfalte ein etwa 8 cm großer Längsschnitt durch Haut und Fascie geführt wurde, durch welchen die N. tibialis und peroneus in genügender Ausdehnung freigelegt wurden. Sodann wurde vom Stamm des N. tibialis an der dem Peroneus zugewandten Seite ein etwa 3—4 cm langer Teil in der Längsrichtung so abgespalten, daß er mit dem zentralen Ende in ungestörter organischer Verbindung blieb. Dieser Nervenfaserlappen, welcher etwa einem Drittel der Dicke des Nervenstammes des Tibialis selbst entsprach, wurde sodann in eine in entsprechender Höhe angelegte Schlitzspalte des N. peroneus eingepfropft und dort durch einige feine Nähte befestigt. Darüber wurde die Wunde durch Naht geschlossen bis auf eine kleine Stelle, durch

welche ein Gazestreifchen eingeführt wurde; der darüber gelegte Verband fixierte durch eingelegte Schusterspanschienen das Kniegelenk. Der Heilverlauf war in allen drei Fällen ein glatter. Nach 3 Tagen wurde der fixierende Verband entfernt und durch eine einfache Bindeneinwicklung ersetzt. In zwei Fällen, bei einem 2 jährigen Mädchen, das im Alter von $^3/_4$ Jahren eine spinale Kinderlähmung am rechten Unterschenkel erlitten hatte und einen rechtsseitigen Pes equinovarus mit völlig schlaffer Lähmung der Peronealmuskeln zeigte, sowie bei einem fast ein Jahr alten Knaben, der im Alter von 3 Monaten wiederum am rechten Unterschenkel eine spinale Kinderlähmung akquiriert hatte und eine schlaffe Lähmung der gesamten vom N. peroneus versorgten Muskulatur, auch eine geringe Schwäche des M. gastrocnemius zeigte, kam es nach ursprünglicher Besserung zu einem Mißerfolg, nach H.s Annahme dadurch bedingt, daß eine keloidartige Verdickung der Narbe sich auch auf das Propfgebiet erstreckt und dadurch ein Einwachsen der jungen Tibialisfasern unmöglich gemacht hatte. Ein fast ideales Resultat ergab aber die 1 $^3/_4$ Jahre vor der Publikation ausgeführte Nervenpfropfung bei der dritten Pat., einem 12 jährigen Mädchen mit einer seit dem Alter von 1 $^1/_2$ Jahren bestehenden spinalen Lähmung im linken Unterschenkel. Eine totale Lähmung beider Musc. peronei und des Extensor digit. communis long. et brevis wurde hier durch die Pfropfung vollständig beseitigt. Pat. gebraucht den früher schlaff in Spitzfußstellung herabhängenden Fuß in normaler Weise und kann eine Stunde gehen, ohne besonders zu ermüden. Joachimsthal (Berlin).

M. Köppen, Über halbseitige Gehirnatrophie bei einem Idioten mit zerebraler Kinderlähmung. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. XL. Heft 1.) Verf. fand bei zwei Fällen von einseitiger Hemisphärenatrophie folgendes:

1. Fall: Halbseitig gelähmter Idiot. Einseitige Atrophie der rechten Hemisphäre als wahrscheinliche Folge einer Zirkulationsstörung in den kurzen uud langen Kortikalgefäßen. Es fanden sich 3 Grade der Erkrankung: Herde mit grobmaschigem Glianetz, Partien mit Vermehrung und Verdickung des Kapillarnetzes und bloße Lockerung des Gewebes. An die rechtsseitige Hemisphäratrophie mit starkem Hydrocephalus hatte sich eine Atrophie des rechten Nucleus ruber, des linken Bindearms und der linken Kleinhirnhemisphäre angeschlossen.

2. Fall: Idiotin mit rechtsseitiger Hemiplegie Verkleinerung der linken Hemisphäre vorwiegend im Stirnlappen. In der Hirnrinde waren die Tangentialfasern abnorm tief gelagert. Wahrscheinlich handelt es sich um eine primäre Erkrankung der Basalganglien, speziell des Corpus striatum, denn hier fand sich ein abnormes Auftreten von Nervenfasernetzen an einer Stelle, wo sonst Nervenfasern sehr spärlich sind. Irregularität ist wahrscheinlich das Anzeichen eines abgelaufenen ausgeheilten pathologischen Prozesses.

Kurt Mendel (Berlin).

S. Klempner, Über choreatische Diplegie mit isolierten, symmetrischen Muskellähmungen von schlaffem, atrophi-

schem Charakter. (Neurol. Zentralblatt. 1905. No. 6.) Freud hat zuerst auf die „choreatische Diplegie“ aufmerksam gemacht. Dieses Leiden nimmt unter den Diplegien insofern eine Sonderstellung ein, als ihr Beginn nicht in die früheste Kindheit fällt, sondern daß sie sich im Alter von 3—6 Jahren allmählich entwickelt und daß von den drei Elementen der Bewegungsstörungen — Lähmung, Starre und Spontanbewegung — nur das letztere ausgebildet ist.

K. fand nun bei zwei Fällen von choreatischer Diplegie eine isolierte doppelseitige, schlaffe Lähmung und Atrophie eines einzelnen Muskels und zwar bei einem 7jährigen Knaben Lähmung der Mm. rhomboidei und bei einem andern, gleichfalls 7 Jahre alten Knaben eine doppelseitige, schlaffe atrophische Peroneuslähmung.

Verf. hält es für möglich, daß es sich bei diesen atrophischen Lähmungen um degenerative Prozesse leichterer Art in der Medulla spinalis, speziell in den Vorderhörnern, handelt, wie ja auch von Collier betont wird, daß der Diplegie oft nicht grobe Herderkrankungen als Entzündungs-, Erweichungsherde und Porencephalien zugrunde liegen, sondern eine primäre Atrophie bezw. Entwicklungshemmung der nervösen Rindenelemente. Kurt Mendel (Berlin).

Lesné et **Gaudeau**, Un cas de chorée mortelle par méningite aiguë à staphylocoque. (Annales de Méd. et Chir. 1905. No. 14. S. 484.) Am 17. Tage der Erkrankung an Chorea stellte sich bei dem 12jährigen Knaben hohes Fieber ein und einige Tage später auch Bewußtlosigkeit mit allen Zeichen der Meningitis. Die durch die Lumbalpunktion gewonnene Flüssigkeit enthielt Staphylokokken. Das Kind erlag der Meningitis nach etwa 8 Tagen.

Schreiber (Göttingen).

Vitale Tedeschi, Über ein bei Chorea häufiges Herzsymptom. (La Pediatria. März 1905.) Verf. hat das von Steffen bei ganz jungen Kindern in Aufregungszuständen beobachtete Phänomen, das darin besteht, daß der Herzschlag sich nicht nach der Herzspitze, sondern mehr nach rechts vom linken Ventrikel findet, besonders häufig bei Choreatischen beobachtet; unter 43 Fällen sah er es 34mal. Der größte Abstand zwischen der Herzspitze und der Stelle des Herzstoßes betrug 3 cm. Verf. hält es für zweifelhaft, daß die Erscheinung als „Chorea cordis“ gedeutet werden könne. F.

Roth, Übungstherapie bei Chorea. (Zeitschrift f. diät. u. phys. Therapie. Bd. 8. Heft 9.) Von der Übungstherapie kann man nach den Mitteilungen des Verf.s gegen das lästigste und hervorstechendste Symptom der Chorea, die Muskelunruhe, sicheren und raschen Erfolg erwarten. Im Beginn der Behandlung dürfen nur vom Arzt geleitete Freiübungen in Anwendung gezogen werden, in einem späteren Stadium können auch Apparate zu Hilfe genommen werden. Hierbei leisten einige der Frenkel-Goldscheiderschen Apparate gute Dienste. Bei größeren und kräftigen Patienten ist die Zandergymnastik von nicht zu unterschätzendem Wert. Neben der Übungstherapie muß die Medikation mit Brom, Arsen und Eisenpräparaten einhergehen; event. sind auch lauwarme Bäder vor dem Schlafengehen heranzuziehen. Freyhan (Berlin).

E. Germonig, Über die Behandlung der Chorea mit Aspirin. (Aus dem Städt. Spital in Triest.) (Pharmakolog. und therap. Rundschau. 26. März 1905.) G. hat 6 Fälle von Chorea mit Aspirin behandelt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Beispiele: 11- und 15 jähriges Mädchen erhielten an fünf aufeinanderfolgenden Tage 3mal täglich 1 g, dann 3tägige Pause, dann wieder 5 Tage Aspirinkur usw. In beiden Fällen nach 3wöchentlicher Kur Heilung.

Grätzer.

Bökelmann, Über die Wirkung des Bromipins bei den durch Brom erzeugten Hautaffektionen Epileptischer. (Ärztl. Rundschau. No. 27.) B. hat an einer Anzahl chronischen Epileptikern (darunter ein 6jähriges Kind), die an hartnäckigen, therapeutisch wenig zugänglichen Bromaffektionen der Haut litten, Versuche mit Bromipin angestellt, und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Bromipin ist angezeigt bei allen durch Bromsalz erzeugten Hautaffektionen, da sein Gebrauch keinerlei Störung der Haut hervorruft. Durch Bromsalze verursachte schwere Hautaffektionen verschwinden nach Bromipinanwendung verhältnismäßig rasch und vollständig.

2. Wird die orale und rektale Applikation nicht vertragen, so kann die Verwendung von Emulsion von Nutzen sein. Auch Kapseln und Tabletten sind empfehlenswert, wenn der Sesamölgeschmack perhorresziert wird.

3. Als Antispasmodikum reiht es sich den Bromsalzen ebenbürtig an und ist denselben in manchen Fällen überlegen.

4. Nebenwirkungen auf das Zentralnervensystem (Depression) können bei größeren Quantitäten eintreten, werden aber durch individualisierende Dosen vermieden. Sprunghafte Steigerungen sind tunlichst zu unterlassen.

Grätzer.

H. Ehrcke, Über Bromeigon und Pepto-Bromeigon in der Behandlung der Epilepsie. (Psych.-neurol. Wochenschrift. 1905. No. 44.) Das Bromeigon ist eine Bindung des Broms mit Eiweiß, welche ca. 11 % Brom enthält, das Pepto-Bromeigon eine Verbindung zwischen Pepton und Brom, gleichfalls 11 % Brom enthaltend.

Die Versuche des Verf.s über die krampfstillende Wirkung dieser Präparate ergaben, daß letztere, in denselben Dosen wie die Bromsalze gegeben, nicht imstande sind, die Zahl der Krampfanfälle in sichtbarer Weise zu beeinflussen. In einigen Fällen erwiesen sie sich nützlich, weniger durch ihre Wirkung auf die Zahl der Anfälle als vielmehr durch Ausbleiben der sonst bei Bromsalzen sich zeigenden Nebenerscheinungen. Absolut ist aber bei ihnen das Auftreten von Akne und Bromismus auch nicht ausgeschlossen.

Verf. gab täglich 6—8 g Bromeigon bezw. Pepto-Bromeigon.

Kurt Mendel (Berlin).

Alfr. Fickler, Zur Therapie der Epilepsie. (Aus der Prov.-Irrenanstalt Kosten.) (Pharmakolog. u. therap. Rundschau. 1905. No. 4.) F. hat die verschiedensten gegen Epilepsie empfohlenen Methoden nachgeprüft. So die Cenische Serumbehandlung und das Opocerebrin-

Poehl, beide mit durchaus negativem Erfolge. Lithium carbonicum, von Krainsky empfohlen, setzte die Anfälle beträchtlich an Zahl herab, dagegen zeigten die Patienten bedeutende Verschlechterungen auf psychischem Gebiete: hochgradige Verlangsamung aller psychischmotorischen Vorgänge bis zu völligem Sopor. Die hypochlore Brombehandlung (Toulouse-Balint) heilte ebenfalls nie die Epilepsie und bringt dabei den Patienten derartige Gefahren, daß sie bereits fast allgemein aufgegeben worden ist. Der Heilwert des Broms selbst ist überhaupt vielfach in Zweifel gezogen worden. Wenn man die Resultate betrachtet, die an obiger Anstalt während eines Dezenniums (1893—1902) mit der systematischen Darreichung von Brom in Form des Erlenmeyerschen Bromsalzgemisches gemacht wurden, so muß man ebenfalls an der therapeutischen Wirkung des Broms sehr zweifelhaft werden. Von 389 Patienten wurden nur 26 als soweit gebessert entlassen, daß sie einer Erwerbstätigkeit wieder nachgehen konnten, und nur bei 3 von diesen 26 konnte man von einer „wahrscheinlichen" Heilung reden. Um die therapeutische Wirkung eines Mittels bei Epilepsie festzustellen, ist es nötig, daß vor wie während Verabreichung des Mittels die Lebensverhältnisse die gleichen bleiben, insbesondere auch die Kost nicht verändert wird, und daß die Patienten mindestens 1 Jahr lang unter keiner Medikation gestanden haben und mindestens während dieses Zeitraumes hinsichtlich der Psyche und der Zahl der Anfälle genau beobachtet worden sind.

Von diesen Gesichtspunkten aus behandelte F. 10 Epileptiker 3 Monate hindurch mit täglich 5 g Bromsalzen. Bei allen gingen dabei die Anfälle an Zahl zurück, und zwar in der Anfangszeit meist am stärksten, um dann allmählich wieder langsam anzusteigen. In den meisten Fällen trat eben sehr bald eine Gewöhnung an das Brom ein und seine Darreichung wurde völlig nutzlos.

F. hält daher eine periodische Brombehandlung bei Epilepsie für angezeigt, besonders in den Fällen, in welchen periodisch zahlreiche Anfälle im Verlauf weniger Tage auftreten, und in solchen, in denen in einzelnen Monaten zahlreichere Anfälle sich zeigen, während andere relativ frei davon bleiben. In der anfallsreichen Zeit ist dann eine Brombehandlung rationell. Die Hauptaufgabe der Behandlung bleibt ja stets die möglichste Ausschaltung psychischer und materieller Reize. Oft hilft allein ein Anstaltsaufenthalt ohne jede sonstige Behandlung, hat eklatanten Rückgang der Anfälle und Besserung der Psyche zur Folge; das regelmäßige, ruhige, sorgenlose Leben, die Unmöglichkeit alkoholischer, sexueller und anderer Exzesse, die verständnisvolle Behandlung wirken zweifellos vorzüglich auf den Epileptiker ein. Auch außerhalb der Anstalt sollte man nach Möglichkeit ebenso verfahren und auch materielle Reize (Alkohol, Tabak, Gewürze usw.) ausschalten, Milchdiät oder wenigstens vegetabilische Kost verordnen; erst in zweiter Linie kommt dann die Brommedikation.

Grätzer.

Muskens, Die Bedeutung und die Beschwerden der Kochsalzenthaltung und die Behandlung der Epilepsie. (Neurol. Centralblatt. 1905. No. 5.) Die Beobachtungen des Verf.s erstrecken sich auf 180 behandelte Patienten. Die vorhandene Kochsalzquantiät

im Körper kann — wie Verf. ausführt — innerhalb weiter Grenzen variieren ohne schädliche Folgen wenigstens bei sehr vielen Individuen. Gewisse Personen vertragen selbst die absolute Kochsalzentziehung ohne die geringsten Schwierigkeiten, namentlich wenn äquimolekuläre Bromsalze das Chlorsalz ersetzen können.

In der Diätbehandlung der Epilepsie hat man 5 Stufen zu unterscheiden:

1. Einschränkung des Zusatzes von Kochsalz zur Nahrung, sowie Beschränkung der der gewöhnlichen Nahrung beigemischten Salzmenge;

2. kein Zusatz und Einschränkung des bei der Nahrung beigemischten Kochsalzes;

3. gleichzeitige Darreichung von kochsalzlosem Brot oder von Brot, in welches Natr. bicarbon. eingebacken ist;

4. gleichzeitige Darreichung von Bromkalibrot, worin Bromsalze oder andere antiepileptische Salze eingebacken sind;

5. Genuß von Brombrot bei vollständiger Kochsalzentziehung und gleichzeitiger Darreichung von Bromkalisolutionen und eventuell anderen antiepileptischen Mitteln.

Während ohne Hypochlorisation für gewöhnlich 30—40 g der Bromsalze genügen, einen deutlichen Einfluß auf die Epilepsie auszuüben, kommt man mit der Hälfte, einem Drittel oder noch weniger aus, bei Anwendung der Hypochlorisation. Männer vertragen die kochsalzarme Behandlung besser als Frauen. Grand mal wird weit leichter beeinflußt als petit mal und als die psychischen Äquivalente. Verträgt Patient die Diät schlecht, so treten Schwindel, Schwäche der Beine, Sprachstörungen, Konstipation oder Diarrhöe, Gedächtnisschwäche, Ödeme auf. Besonders lästig ist die unangenehm riechende Exspirationsluft. Hiergegen ist häufiges Mundspülen mit Tinct. myrrh. + acid. boric. + acid. salicyl. + aqua anzuwenden. Der unangenehmste Effekt, der öfter vom Verf. beobachtet wurde, ist eine hartnäckige Trigeminusneuralgie, die sich oft schon wenige Tage nach Anfang der Kochsalzreduktion einstellt. Prophylaktisch ist hiergegen eine sorgfältige Zahnpflege erforderlich. Oft wird große Reizbarkeit bemerkt, bei vielen andererseits eine gewisse Schlafsucht, meist jedoch nur ein erschwertes Erwachen aus dem Schlaf. Kontraindikation bieten Herzkrankheiten. Klinische Beobachtung ist in der Anfangsperiode der Behandlung notwendig.

Die Kochsalzverarmung des Körpers gestattet, daß viel geringere Dosen Bromkali einen weit kräftigeren Einfluß auf die epileptische Konstitution ausüben als die einfache Darreichung weit größerer Dosen des Brom.

Kurt Mendel (Berlin.)

Jules Voisin, Roger Voisin et **Norero** (Paris), Du régime hypoazoté dans l'épilepsie (éliminations urinaires et résultats thérapeutiques). (Revue mens. des malad. de l'enfance, Juin 1905.) Die Frage der Alimentation ist bei Epilepsie, und namentlich bei kindlicher Epilepsie, eine der wichtigsten, die sich dem Praktiker aufdrängt. In dieser Beziehung besteht noch zu Recht die klassische Ansicht, daß derartige Kinder eine nicht reizende Diät befolgen und namentlich alkoholische Getränke, Kaffee, Exzitantien usw. meiden

müssen. Während aber die einen behaupten, daß die Nahrung des Epileptikers die allgemein übliche sein kann, sind andere der Ansicht, daß eine leichte Nahrung mit Bevorzugung von Milch und Gemüse zu verordnen sei.

Andererseits haben viele Autoren in letzterer Zeit die pathogene Theorie der essentiellen Epilepsie, auf Grund einer Autointoxikation angenommen. Man nahm also an, daß eine stickstoffarme Nahrung die Veranlassung zu weniger Gärung und zur Bildung geringerer Mengen von toxischen Produkten geben wird, man also auf diese Weise eine Verringerung in der Zahl der epileptischen Anfälle bewirken könnte.

Diese Kontroversen haben die Verff. veranlaßt, mehreren epileptischen Kindern eine hauptsächlich kohlenwasserstoffhaltige Nahrung zu verabreichen, mit Bevorzugung von Zucker und Fett, während gleichzeitig das Maß des eingeführten Stickstoffes auf das geringste beschränkt wurde. Man gab verschiedene stickstoffarme Gemüsesorten, wie Salat, Erdäpfel, Reis, Spinat, eingemachte Früchte usw. Dieses Regime wurde während eines Monats durchgeführt, wobei täglich genaue Harnanalysen, mit Bezug auf Kryoskopie, Dosierung des ausgeschiedenen Salzes, der Phosphate, des Harnstoffes und Stickstoffes, vorgenommen wurden.

Die Verff. konnten einerseits die Untersuchungen von Henri Labbé und Morchoisne bestätigen, dahingehend, daß die Herabsetzung der eingeführten stickstoffhaltigen Nährstoffe eine Verminderung des Körpergewichtes nicht nach sich ziehe, daß die Menge des ausgeschiedenen Stickstoffes unter besagten Umständen diejenige des eingeführten nicht übertreffe, und andererseits durch eine unterstickstoffhaltige Nahrung die Anzahl der epileptischen Anfälle keineswegs vermindert wird.

E. Toff (Braila).

Julius Zappert, Über nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern (Jactatio capitis nocturna). (Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 1.) Eine Anzahl selbstbeobachteter Fälle von nächtlichem Kopfwackeln veranlaßt Z. zu einer eingehenderen Charakteristik dieser merkwürdigen, eher als schlechte Gewohnheit denn als Krankheit aufzufassenden Affektion des zweiten Kindesalters. Das wesentliche dieses Zustandes sind rhythmische, kräftige Kopfbewegungen während des Schlafes, welche mit kurzen Pausen die ganze Nacht oder einen großen Teil derselben andauern, allnächtlich wiederkehren und viele Jahre hindurch unverändert fortbestehen können. Die Erscheinung wird meist um das dritte Lebensjahr herum beobachtet; die Kinder wissen von ihrer nächtlichen Unruhe nichts, als was ihnen die Angehörigen darüber erzählen. Irgend ein Nachteil der Gewohnheit ist nicht zu beobachten. Die Bewegungen sind völlig regelmäßig (wie der Pendel einer Uhr) und werden wahrscheinlich durch bestimmte Körperlagen während des Schlafes begünstigt. Es macht den Eindruck, als ob das Wackeln den Schlaf des Kindes nicht nur nicht beeinträchtigt, sondern gerade im angenehmsten Schlaf sich einstellt. Darüber, ob die Kopfbewegungen schon beim Einschlafen vorhanden sind, und ob sie auch den tiefen Schlaf begleiten, sind die

Angaben nicht ganz übereinstimmend. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß einige der Kinder an vorübergehenden Pavoranfällen gelitten hatten und daß einige Male schwere nervöse Belastung bestand. In einer Familie mit 6 Kindern waren drei mit diesem nächtlichen Kopfwackeln behaftet. Die Klassifizierung der Jactatio capitis bietet insofern Schwierigkeiten, als die Erscheinung weder zum Tic noch zur Hysterie gehört, bei welchen beiden Willensmomente von ausschlaggebender Bedeutung sind. Der Tic entwickelt sich aus bewußten Bewegungen heraus und sistiert ausnahmslos im Schlaf. Auch der Spasmus nutans ist nicht damit zu identifizieren. Derselbe ist eine Krankheit des 2.—4. Lebenssemesters, der eine beschränkte Zeitdauer hat und schließlich vollkommen verschwindet. Auch er kommt nicht im Schlafe vor. Am ehesten ist man berechtigt, die nächtlichen Kopfbewegungen als Stereotypien aufzufassen, die möglicherweise dem „Ludeln" oder „Wonnesaugen" kleiner Kinder an die Seite zu stellen wären. Die Stereotypien sind Stellungen, Bewegungen, Vorgänge im äußeren und vegetativen Leben, welche koordiniert sind, keinen konvulsivischen Charakter besitzen, sondern vielmehr den Eindruck beabsichtigter eingeübter Handlungen machen, die sich durch lange Zeit stets in derselben Form wiederholen, im Anfang bewußt und willkürlich sind, später aber infolge ihrer langen Dauer und ihrer Wiederholung automatisch und unbewußt werden. Den Stereotypien des Kindesalters eigentümlich ist das Invordergrundtreten eines ausgesprochenen Wohlgefühls dabei. Hecker.

R. Stern, Familiäre Enuresis nocturna. (Aus der I. medizin. Klinik in Wien.) (Wiener klin. Rundschau. 1905. No. 22.) Daß es eine familiäre Enuresis gibt, daß eine direkte Vererblichkeit des enuretischen Leidens, eine „enuretische Veranlagung" vorkommt, zeigt wieder die Beobachtung, welche S. mitteilt. Sämtliche 5 Kinder einer Familie, 2 Töchter (16 und 13 Jahre alt) und 3 Söhne (14, 10, 6 Jahre) sind mit dem Leiden behaftet; der Vater ist Neurastheniker, die Mutter hat von ihrem 10. Lebensjahre an durch längere Zeit an Enuresis laboriert. Die beiden Mädchen zeigen die Erscheinungen der echten Neurose, d. h. Beginn der enuretischen Beschwerden um das 10. Lebensjahr herum, trotz vollkommener Kontinenz innerhalb der früheren Lebensperiode; die krankhaften Störungen erscheinen als Vorboten der Pubertätszeit. Alle 3 Knaben hingegen zeigen seit der Geburt unablässig enuretische Beschwerden. Die ungewöhnlich lange Persistenz der Incontinentia neonatorum zeigt aber ganz prägnante Gradunterschiede. Während die Enurese bei dem 6jährigen Knaben stets in Intervallen von Wochen und Monaten einmal auftrat und sich jetzt völlig verziehen zu wollen scheint, stellte sie sich bei dem ältesten Knaben fast allnächtlich ein und dauert heute noch unverändert an. Wahrscheinlich handelt es sich um einen jener seltenen Fälle, bei welchen vermutlich infolge angeborenen Mangels des Sphinkterverschlusses die kongenitale Inkontinenz dauernd bestehen bleibt, wo vielleicht eine Aplasie jener spinalen oder ganglionären Nervenzentren vorliegt, welche den Blasenverschluß regulieren.

Das parallele Auftreten dieser verschiedenen Krankheitsformen —

reine Neurose bis zu jenen Aplasieformen — bei 5 Mitgliedern derselben Familie verrät die Verwandtschaft der Krankheitsformen selbst und bietet eine Stütze für die Annahme, daß auch die gewöhnliche Enuresis nocturna auf rein nervöser Basis entsteht und nicht auf lokalen Erkrankungen beruht. Auch von obigen Patienten hatte einer eine leichte Phimose, ein anderer adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum; bei der exquisit familiären Auftretungsform der Enurese treten diese lokalen Prozesse als ätiologische Faktoren natürlich ganz in den Hintergrund. Grätzer.

Th. Zangger (Zürich), Zur Therapie der funktionellen Enurese. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. No. 17 u. 18.) Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und der Mitteilungen aus der Literatur faßt Z. die therapeutischen Maßnahmen wie folgt zusammen:

1. Instruktion der Eltern und eventuell der Schullehrer. Die Zeitdauer der Kur hängt ganz wesentlich von der Mitwirkung der Eltern und Angehörigen ab. Das Kind muß psychisch gehoben werden durch Zusicherung der Heilung. Die Eltern wirken mit durch ernsten Zuspruch, Aufmunterung, Zureden nachts vor dem Schlafengehen. Der Ehrgeiz des Kindes darf geweckt werden, die wenigsten Kinder lieben es, im Wachstum zurückzubleiben! Die Liebe der Eltern wird noch vieles anderes stimulierendes erfinden. Bei drohendem Rückfall oder Gleichgültigkeit ist auch Strafe am Platz, aber kurz, akut, nicht chronisch appliziert. Wenn das Kind auch tagsüber näßt, muß der Schullehrer instruiert werden, daß das Kind jede Stunde in der Pause urinieren darf. Auf das ängstlichste vermeide man Spott, Hohn, Verachtung, sondern muntere auf und stärke das Vertrauen. Auch die übrige Erziehung ziele auf Willenskräftigung hin.

2. Diätvorschriften und Verhaltungsmaßregeln. a) Sorge für täglichen Stuhlgang, denn es besteht oft Verstopfung, und Überfüllung der Ampulla recti leistet dem Leiden Vorschub. Man kommt meist damit aus, daß man zum Frühstück, um 10 und 3 Uhr gekochtes eventuell rohes Obst (Äpfel, Birnen, Zwetschgen, Orangen, Datteln, Feigen) genießen läßt.

b) Absolutes Flüssigkeitsverbot nach 4 Uhr abends, bei Erwachsenen, die erst 10 Uhr ins Bett gehen, eventuell 6 Uhr abends, dafür soll dann, um 4 Uhr, behufs guter reizloser Ernährung $^1/_2$ Liter Milch gereicht werden. Abends 6—7 Uhr besteht das Abendessen aus Butterbrot, eventuell noch Eiermilchpudding mit Reis, Tapioca oder Sago, aber in fester, nicht in flüssiger Form, bei Erwachsenen Fleisch, Kartoffeln usw.

c) Genügende reizlose Kost, in der Fleisch, Eier, Milch, Hülsenfrüchte, Gemüse und Obst eine Rolle spielen, scharfe Gewürze und salzige Sachen vermieden werden sollen.

d) Hartes Lager. Nicht zu warme Bedeckung nachts. Seitenlagerung im Bett. Event. Höherlagerung des Beckens durch graduiertes Hochstellen des Bettendes oder durch Einschieben eines Keilkissens unter die Beine. Schutz vor Erkältung durch warme Kleidung und Abhärtung im Winter.

e) Aufnehmen des Kindes zweimal nachts, später einmal nachts d. h. zwischen 10 und 6 Uhr.

3. Hydrotherapie. Kalte Abreibung morgens aus der Bettwärme, dann Regendusche 20—12° C kurz 2—5 Sekunden längs des Rückens, event. 3—4 Rückengüsse.

4. Kombinierte Massage des Blasenhalses, ein- bis zweimal wöchentlich und zwar 4—5 Minuten lang nach der Empfehlung von Walko event. kombiniert mit Sphinkterdrückung nach Thure Brandt.

Grätzer.

G. Engstler, Über den Fußsohlenreflex und das Babinski-Phänomen bei 1000 Kindern der ersten Lebensjahre. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Prag.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. No. 22.) E. untersuchte 1000 zerebrospinal gesunde Kinder bis zu 3 Jahren und fand dabei, daß

1. bei neugeborenen und insbesondere frühgeborenen Kindern die Dorsalflexion,

2. bei Kindern im 3. Lebensjahre die Plantarflexion fast ausnahmslos die Regel bilden;

3. im Laufe des 1. und 2. Lebensjahres die relative Häufigkeit der Dorsalflexion zugunsten der Plantarflexion ziemlich gleichmäßig abnimmt, Ende des 1. Lebensjahres ungefähr 50 % beträgt;

4. in der Periode des Umschlages der Dorsalflexion in die Plantarflexion kommt es häufig — namentlich im 2. Lebensjahre verhältnismäßig oft — zum Ausbleiben des Reflexes.

Aus diesen Ergebnissen kann man wohl den Schluß ziehen, daß das Babinskische Phänomen — Streckung der Zehen auf Fußsohlenhautreiz — die Bedeutung eines Krankheitszeichens erst jenseits des vollendeten 2. Lebensjahres gewinnt.

Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran

vom 24.—30. September 1905.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

Die erste Sitzung am Montag Nachmittag war Vorträgen gewidmet, die mit der Ernährung der Säuglinge zusammenhingen.

Hutzler (München) besprach unter dem Titel „Säuglingssterblichkeit und

Hebammen" die oftmals durch Schuld der Hebammen herbeigeführten Fehler in der Säuglingsernährung, insbesondere die Unterlassung des Stillens. Er schlug (analog den vor einiger Zeit in der hiesigen Gesellschaft für Kinderheilkunde von verschiedenen Seiten gestellten Anträgen) eine vom Kinderarzt vorzunehmende theoretische und praktische Ausbildung der Hebammenschülerinnen in einem Kinderspitale oder Säuglingsheim mit Ambulatorium vor, welcher nach 6 Wochen ein Examen in der Säuglingspflege zu folgen hätte.

In der Diskussion konstatierte Escherich (Wien), daß in Österreich ähnliche Bestrebungen im Gange seien und bereits ein Komitee deshalb zusammengetreten sei.

Heubner (Berlin) hatte einen ähnlichen Antrag bereits bei der Beratung der Verbesserung des preußischen Hebammenlehrbuches gestellt, stieß hierbei aber auf bedeutenden Widerspruch der Praktiker und mußte zugeben, daß derselbe — besonders wegen der eigenartigen Verhältnisse des platten Landes, wo wenig Ärzte sich befinden — sehr berechtigt ist.

Schloßmann (Dresden) machte darauf aufmerksam, daß die Hebammen hauptsächlich deshalb die künstliche Nahrung empfehlen, weil sie mit ihrer Herstellung weniger Mühe haben, als mit der oft langwierigen Herbeiführung eines geregelten Stillgeschäftes und weil sie vielfach durch die Kindermehlfabrikanten bestochen seien.

Engel (Dresden) (**Zur Sekretionsphysiologie des Milchfettes**) bestimmte durch Untersuchung der Jodzahl den Ausscheidungstypus in der Nahrung verfütterten Sesamöles durch die Milch. Anfänglich findet ein schneller Übertritt statt, der dann allmählich langsamer wird. Die Dauer der Ausscheidung richtet sich nach der Produktivität der Amme. Entzieht man andererseits einer milchenden Frau das Fett der Nahrung, so ändert sich die Qualität des Milchfettes und wird dem der Körperdepots ähnlich. Quantitativ kommen bei der einen oder anderen Versuchsanordnung nur geringe Veränderungen des Fettgehaltes der Milch vor.

In einem zweiten Vortrag (**Über die Anatomie der laktierenden Brustdrüse**) zeigte Engel an schönen Schnitten vollentwickelter puerperaler Brüste, daß wirklich anatomische Grundlagen für die ungleichmäßige Leistung der Mammae existieren. Es gibt nämlich parenchymreiche, bindegewebsarme und andererseits bindegewebsreiche, parenchymarme Drüsen. Zwischen beiden Typen finden allmähliche Übergänge statt.

In der Diskussion wurde allseitig betont, daß auch die Drüsen hauptsächlich bindegewebigen Charakters nach Möglichkeit zur Milchproduktion herangezogen werden sollen.

Biedert (Straßburg) (**Bemerkungen zu einer Marktmilch erster Klasse**) beschrieb eingehend den Gang einer ausreichenden, leicht auszuführenden Milchkontrolle: Feststellung des spezifischen Gewichtes zur Bestimmung von Verdünnung und Abrahmung; Fettkontrolle mittels Feserschen Laktoskops oder Azidbutyrometrie; bei Konstatierung eines Defekts von 0,5 % (von dem Gehalt von 3—3,3 %) sollte Anklage erhoben werden. Mit Kupfersulfatammoniak läßt sich die Milch monatelang behufs genauer Untersuchung konservieren. Die Temperatur der Marktmilch soll nicht über 16° betragen, damit die Annahme erlaubt ist, daß sie gut erhalten ist. Es ist zwar möglich, daß die Milch vorher einer höheren Temperatur ausgesetzt war; in den ersten 6 Stunden ist jedoch durch die natürlicherweise vorhandenen Antikörper die Milch sehr vor Bakterienentwicklung geschützt. Deshalb sollte auch stets die Angabe verlangt werden, ob Morgen- oder Abendmilch auf den Markt gebracht wird. Schließlich besprach Biedert noch die Koch-, Alkohol- und Schmutzprobe.

Backhaus (Berlin) (**Neuere Forschungen über Milchgewinnung und Kindermilchbereitung**) redete der Benützung einer neu konstruierten Melkmaschine nach vorhergehender Desinfektion der Euter mit Bornatriumfluorzyanat das Wort. Es soll hierdurch die Infektion der Kuhmilch fast völlig vermieden werden. Von pathogenen Keimen kommen bei derartiger Gewinnung in der Hauptsache nur die Tuberkelbazillen in Betracht. Doch scheint dem Vortragenden die Gefahr der Bazillenübertragung durch die Milch tuberkulöser Kühe nicht bedeutend, wenn sie durch die Maschine gemolken ist. Er konnte bei mit derartiger Milch ge-

impften Meerschweinchen keine Tuberkulose erzeugen, während auf gewöhnliche Weise gemolkene Milch solcher Kühe durch wohl von außen hineingebrachte Bazillen bei den geimpften Meerschweinchen Tuberkulose hervorrief. Weiter empfahl B. die Sterilisation der Milch mit seinem Apparat, erklärte bei sterilisierter Milch die Homogenisation für vorteilhaft, schilderte die Konservierung durch Kälte usw.

Die Pädiater traten in einer ausgedehnten Debatte Backhaus heftig entgegen, insbesondere Schloßmann (Dresden) perhorreszierte es, daß Backhaus Gewinn aus der nach seinem Verfahren hergestellten Milch ziehe und Siegert (Köln) konstatierte, daß für die Empfehlung der Backhausmilch an Hebammen Trinkgelder von 3 Mk. abgegeben würden. Die Antworten, die Backhaus auf diese Vorwürfe gab, konnten leider nicht sehr befriedigen. Für Münchener Verhältnisse wichtig war die Konstatierung von Rommel, daß von 200 auf seine Veranlassung untersuchten Milchproben aus Kleinmilchgeschäften 50 % bei der hygienischen Kontrolle zu beanstanden waren.

Die Vormittagsitzung des Dienstag war der Schule gewidmet. Als Referatthema des Jahres hatte man **„Die Stellung der Kinderheilkunde zur Schulhygiene“** aufgegeben. Der von beiden Referenten gemeinsam aufgestellte Leitsatz lautete: „Die neuere Entwicklung der Schulgesundheitspflege gipfelt in der allgemeinen Einrichtung der ärztlichen Überwachung der Schüler“.

Selter (Solingen) besprach zunächst **„Ergebnisse und Leistungen des Schularztsystems“**. Es ergab sich, daß sowohl bei der Einschulung der Kinder, wie bei ihrer Überwachung während der ganzen Schulzeit dem Schularzt zu wenig Zeit und Gelegenheit gegeben ist, um gründlich untersuchen zu können. Die wertvollen wissenschaftlichen Resultate der Schularzttätigkeit sind in erster Linie freiwilliger Arbeit, nicht dem schulärztlichen Dienste zu danken. Selter faßte die hauptsächlichen Ergebnisse seines Referates in 5 Leitsätzen zusammen:

1. Die Einstellung der Schulneulinge nach Maßgabe der ärztlicherseits festzustellenden körperlichen und geistigen Schulreife und unter Berücksichtigung der ärztlicherseits zu konstatierenden Gebrechen ist in allen ärztlich beaufsichtigten Schulsystemen zwar eingeführt, aber nicht vollkommen genug gehandhabt und ausgebildet.

2. Die schulärztlichen Sprechstunden und Revisionen bisherigen Musters ermöglichen nur einen oberflächlichen Überblick über die gesundheitlichen Verhältnisse der Schule und Schüler, und sind als Mittel zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten nicht geeignet.

3. Die direkte hygienische Einwirkung des Schularztes auf die Schüler und die direkte Teilnahme an der hygienischen Gestaltung des Unterrichtes und der Unterrichtsgegenstände ist durch das bisherige Schularztsystem nicht erreicht.

4. Die jetzige schulärztliche Kontrolle kann die notwendige Vermehrung und Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlage für die Schülerbeurteilung in ausreichendem Maße nicht erzielen.

5. Die schulärztliche Beaufsichtigung (Wiesbadener Muster) bedeutet jedoch eine wesentliche Verbesserung der früher gänzlich fehlenden Kontrolle.

„Über Art und Ziele der Tätigkeit des Schulkinderarztes“ verbreitete sich danach Göppert (Kattowitz) in sehr eingehender Weise. Es ist an dieser Stelle nur möglich, seine Leitsätze referieren:

1. Die Aufgabe des Schularztes erstreckt sich der Schule gegenüber auf Feststellung der körperlichen und geistigen Schulfähigkeit und auf eine Überwachung der Schüler.

2. Dem Schüler gegenüber muß sich seine Tätigkeit im wesentlichen auf Feststellung des Krankseins, nicht der Krankheit beschränken.

3. Zur Aufklärung der zahlreichen Fälle chronischen Nichtgedeihens und der Frühformen der Tuberkulose ist er nicht imstande.

4. Wissenschaftlich kann er nur grob statistisches Material liefern, von dem jedoch namentlich die Angaben über Gewicht und Körpermasse von Bedeutung sind.

5. Da die Schule das einzige Gegengewicht gegen die zunehmende nervöse

Haltlosigkeit bietet, soll der Schularzt jede Bestrebung unterstützen, die erziehliche Wirkung der Schule durch Verkleinerung der Klassen und Individualisierung des Unterrichtes zu vertiefen.

6. Es muß versucht werden, die Institution des Schularztes zu benützen, um auf die allgemeine Volksernährung einzuwirken.

Röder (Berlin) (**Tuberkulose im schulpflichtigen Alter**) betonte, daß sich bei den schulärztlichen Untersuchungen neben wenigen Fällen von offener Tuberkulose eine große Zahl latenter Tuberkulosen finde, und wünscht frühzeitige Entfernung solcher Kinder aus der Schule und Familie, Überweisung in eine Kindererholungsstätte oder in ein Seehospiz, erst nach erfolgter Genesung Wiederaufnahme in den Unterricht oder in eine Waldschule.

Flachs (Dresden) (**Über Schule und Haus**) schilderte die Wechselbeziehungen zwischen der Häuslichkeit und der Schule und betonte vor allem die Fragen der Abhärtung, der Kleidung der weiblichen Jugend und der Berücksichtigung der sexuellen Sphäre.

Hecker (München) (**Alkohol und Schulkind**) stellte durch Fragebögen, die an etwa 40000 Schüler hinausgegeben wurden, den Einfluß des Alkohols auf die geistigen Qualitäten und das Längenwachstum der Schüler fest. Merkwürdigerweise zeigt sich bezüglich der geistigen Qualitäten (Fortgang, Fleiß) kein wesentlicher Unterschied zwischen Abstinenten und Alkoholtrinkenden, soweit die I. und II. Note in Betracht kommt. Nur die wirklichen Trinker sind weniger an ihnen beteiligt. Bei der III. und IV. Note dagegen erweisen die Zahlen einen Einfluß des Alkohols. Bezüglich des Längenwachstums ergibt sich bei den Alkoholtrinkenden erst ein Zurückbleiben, das aber mit $11^1/_2$ Jahren sich wieder ausgleicht.

An diese 5 Schulvorträge schloß sich eine sehr ausgedehnte Diskussion an, deren Einzelheiten unmöglich berichtet werden können.

Biedert (Straßburg) warnte vor zu exzessiven Forderungen der Schulärzte und wünschte eine Präzision dessen, was dringend gewünscht wird und womit man durchdringen kann.

Ganghofner (Prag) verlangte pädiatrisch geschulte Ärzte zur Überwachung der Schüler und ein gutes Einvernehmen zwischen Schularzt und Lehrer; ein solches werde durch den Besuch der schulhygienischen Kongresse und den hierbei ermöglichten Gedankenaustausch gefördert. Lungenschwindsucht sei selten in der Schule; nur von ihr gingen Weiterinfektionen aus. Die Aufgabe der Schule in der Prophylaxe der Tuberkulose bestehe nicht im Verhüten der Infektion in der Schule, sondern in der Berücksichtigung der latent tuberkulösen Kinder durch Herbeischaffung für sie möglichst günstiger Bedingungen, welche verhüten, daß die Krankheitsanlage durch die Schule gesteigert wird.

Lugenbühl, einer der 8 Wiesbadener Schulärzte, erklärte einen einzigen beamteten Schularzt für besser als eine größere Anzahl von solchen im Nebenamt; Therapie sei aber keineswegs Sache des Schularztes; in Wiesbaden würden nur Sprachstörungen, Augen- und Ohrenkrankheiten durch die Schule behandelt.

Gutzmann (Berlin) wünschte auch Behandlung der Imbezillen vom Schularzt. Gehörprüfungen können nach seiner Ansicht durch die instruierten Lehrer vorgenommen werden. Ein Verderben der Stimmen durch Singen während der Mutation lasse sich durch Verständigung mit dem Lehrer verhüten.

Trumpp (München) verlangte, daß man die Eltern dazu anhalte, die Kinder wenigstens einmal in der Woche nackt zu inspizieren.

Am Dienstag Nachmittag sprach zunächst Voigt (Hamburg) über „**Die Verwendung der Kaninchenlymphe zur Menschenimpfung**“. Die Kaninchenlymphe (Lapine) bietet einen wertvollen, billigen, leicht zu beschaffenden Impfstoff, der vor allem in heißen Ländern mit Nutzen angewendet werden kann, wo die Vakzine sich wenig wirksam am Rinde zu entwickeln pflegt, und der auch bei uns als zur Aufkräftigung schwächlicher Kalbsvakzine sich bewährt hat.

Schloßmann (Dresden) (**Die Entstehung der Tuberkulose im Säuglingsalter**), der anfangs der von Behring in Kassel aufgestellten Theorie der Tuberkuloseentstehung widersprochen hat, sah sich genötigt, nach seinen seitherigen Untersuchungen seine Anschauungen zu modifizieren. Er ging aus von den hereditären Tuberkulosen, die in der letzten Zeit in größerer Anzahl beobachtet wurden, und von der durch Schmorl und Geipel erwiesenen Häufigkeit der Plazentartuber-

kulose. Durch diese kann nach seiner Meinung eine latente Tuberkulose des Kindes hervorgerufen werden, aus der erst später eine richtige Tuberkulose zu entstehen braucht. Zwar fanden sich Kinder tuberkulöser Mütter nach der Geburt ohne Reaktion auf Tuberkulin. Schloßmann sah jedoch, daß von der kranken Mutter getrennte Kinder später tuberkulös wurden. Er meint, daß die Tuberkelbazillen durch den Darm hindurch in die Lymphbahnen wandern können, ohne die örtlichen Lymphdrüsen zu infizieren, und daß sie dann von den Bronchialdrüsen, dem Lymphherz nach Weleminsky, aufgenommen, erst diese tuberkulös machen können. Die Erkrankung der Mesenterialdrüsen sei häufiger bei infizierten älteren als bei jüngeren Tieren infolge des bei den letzteren außerordentlich lebhaften Saftstromes, der sogar Fetttröpfchen mit durchtreten läßt. Der Tuberkelbazillus scheine sich dem Darm gegenüber vielleicht anders zu verhalten wie Bacterium coli usw. Eine Möglichkeit seiner Passage sei im ganzen Darmtraktus, von der oralen bis zur analen Öffnung, gegeben.

In der außerordentlich lebhaften Diskussion gab auch Heubner (Berlin zu, daß seine anfängliche Skepsis den Behringschen Anschauungen gegenüber sich vermindert habe, und machte besonders auf die Arbeiten aus Weichselbaums Institut aufmerksam, welche eine wirkliche Latenz des Tuberkelbazillus im Tierversuch nachgewiesen haben.

Uffenheimer (München) berichtete über Fütterungen neugeborener Meerschweinchen mit Tuberkelbazillen, die regelmäßig eine Tuberkulose zum Verdauungstraktus gehöriger Lymphdrüsen hervorriefen; zumeist ging dabei die Infektion vom Processus vermiformis aus. An experimentellen Ergebnissen wies er nach, wie früh nach Fütterung der Tod Neugeborener eintreten könne (schon nach 12 Tagen, so daß in solchen Fällen in der menschlichen Pathologie eine Verwechslung mit hereditärer Tuberkulose leicht möglich ist), und zeigte, daß die übrigen Bakterienarten (Tetragenus, Milzbrand, Prodigiosus) sich bei der Verfütterung an neugeborene Meerschweinchen ganz entgegengesetzt verhalten wie der Tuberkelbazillus.

Siegert (Köln) machte die experimentell Arbeitenden auf den toten Punkt im Nasenrachenraum aufmerksam und empfahl Sondenfütterung bei solchen Versuchen.

Epstein (Prag) sah nach Plazentartuberkulose der Mutter in einem Falle das von der Mutter getrennte Kind tuberkulös erkranken, in einem anderen Falle nicht.

Krämer (Tübingen) betonte den Standpunkt seines Lehrers Baumgarten bezüglich der Impermeabilität der Darmschleimhaut und wünschte, dass alle Kinderärzte gleich Schloßmann in der Tuberkulosefrage bald „Pater peccavi“ sagen.

Moro (Wien), wies auf 3 für das Zustandekommen einer Fütterungstuberkulose im Säuglingsalter wichtige Punkte hin (Disposition des Darmes, Autosterilisation des Dünndarmes — Alter des Kindes —, Menge des verfütterten Materiales).

Biedert (Straßburg) meinte, daß die vielen minutiösen Untersuchungen bis jetzt noch zu keinen sicheren Resultaten geführt haben und daß zur Entscheidung nur die groben Versuche von ihm und anderen übrig bleiben.

Ganghofner (Prag) (**Über die therapeutische Verwendung des Tuberkulins im Kindesalter**) hat neue Versuche mit dem Alttuberkulin, i. a. nach dem Verfahren von Götsch, mit noch vorsichtigerer Steigerung als dieser vorgenommen. Er betont die geringfügige Stichreaktion und wünscht, trotzdem seine eigenen Resultate keine sehr deutliche Sprache sprechen, neuerdings eingehende Prüfung des Tuberkulins in den Kinderspitälern.

In der Diskussion berichtete Nourney über günstige Erfahrungen mit ganz geringen Dosen, langen Pausen und ohne Steigerung.

Langstein (Berlin) besprach „**Die klinische Bedeutung der orthotischen Albuminurie**“. Auf Grund von 87 untersuchten Fällen schließt er sich der Meinung an, daß es sich bei dieser Form der Albuminurie nicht immer um eine larvierter Nephritis handelt, hält jedoch seinen früheren Standpunkt nicht mehr fest, daß eine Stoffwechselstörung die Ursache sei. Die bei derartigen Kranken häufige Blässe führt er auf einen Angiospasmus zurück; eine stärkere Anämie (Hochsinger) pflegt nicht vorhanden zu sein.

Stölzner (Halle) (**Chlorstoffwechsel und Nephritis**) leugnete, daß das Zustande-

kommen nephritischer Ödeme auf primäre Kochsalzretention zurückzuführen sei, und erklärte auch die Lehre für falsch, wonach die Herzhypertrophie bei Nephritis dadurch entstehe, daß infolge der Herabsetzung der exkretorischen Leistung der Nieren die Blutmasse zunehme und dadurch der Blutdruck gesteigert werde. Für die Erklärung der Ödeme ist vielmehr eine Schädigung der Kapillarwände anzunehmen; die Ursache der Blutdrucksteigerung und dadurch auch der Herzhypertrophie ist wahrscheinlich eine Retention differenter Substanzen infolge der funktionellen Insuffizienz der Nieren; vielleicht spielt in manchen Fällen (bei interstitieller Nephritis) auch die Erhöhung der osmotischen Konzentration des Blutes eine Rolle.

Der Mittwoch Vormittag war wiederum der **Säuglingsernährung** gewidmet. Siegert (Köln) begründete seinen Antrag: „Austausch praktischer Erfahrungen über Maßregeln gegen die Säuglingssterblichkeit". Er hält den gegenwärtigen Moment für den günstigsten für alle Bestrebungen der Pädriatrie. Es werden allenthalben Säuglingsheime, Milchküchen, „Consultations" usw. gegründet, indessen besteht keinerlei Zusammenhang zwischen den einzelnen Schöpfungen. Siegert wünscht, daß System in diese Bestrebungen gebracht werde, und plädiert daher für Gründung eines Organs, in welchem man sich leicht informieren kann über alle einschlägigen Fragen.

Escherich (Wien) schlug vor, daß die in Betracht kommenden Anstalten ihre Berichte und ein Verzeichnis ihrer Publikationen als Anhang zu den Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde erscheinen lassen sollten.

Schloßmann (Dresden) wies auf die Blätter für die Sozialwissenschaft als geeignetes Organ hin.

Camerer (Stuttgart) machte auf den im nächsten Jahre in Mailand stattfindenden Kongreß für Armenpflege aufmerksam.

Escherich (Wien), der selbst Referent für den Mailänder Kongreß ist, hat bereits sein Referat in dem Sinne, in welchem Camerer wünscht, ausgearbeitet.

Epstein (Prag) beantragte die Gründung einer Subsektion im Schoße der Gesellschaft, welche am ersten den Siegertschen Wünschen gerecht werden könne. Auf Vorschlag des Vorsitzenden Ganghofner (Prag) wurden die verschiedenen Anträge dem Vorstand überwiesen.

Camerer (Stuttgart) (**Das Längenwachstum und sein Verhältnis zum Gewichtswachstum bei chronischer Unterernährung**) zeigte an einer langjährigen Beobachtung, daß Längen- und Massenwachstum voneinander unabhängig sei. Epstein (Prag) fügt dem hinzu, daß nach 1000 Beobachtungen das Längenwachstum von der initialen Länge abhänge.

In einem zweiten Vortrag (**Untersuchungen über die Säuglingsernährung in Arbeiterkreisen**) wies Camerer auf Grund statistischer Erhebungen an der Kolonie Ostheim bei Stuttgart vor allem auf die Stillfähigkeit der Frauen hin und auf den Umstand, daß die Kindersterblichkeit sich um so geringer zeigte, je mehr Zimmer die Wohnung hatte.

In der Diskussion wurde es vor allem freudig begrüßt (Schloßmann [Dresden]), daß die guten Erfahrungen bezüglich der Stillfähigkeit der Frauen Stuttgarter Material gewonnen seien, da die bekannten Bungeschen Ausführungen über das Unvermögen der Frauen, zu Stillen, die so viel Unheil angerichtet haben, sich auf die Verhältnisse der Stuttgarter Gebäranstalt aus dem Jahre 1880 stützen.

Auerbach (Berlin) demonstrierte einen neuen Sterilisationsapparat (**Über neue Sterilisationsapparate für Säuglingsmilch**).

Escherich (Wien) sprach „**Über die Säuglingsstation in Wien**". Er verwies auf den gleichzeitig in der Festnummer der Wiener klinischen Wochenschrift im Druck erschienenen Vortrag und beschränkte sich auf eingehende Demonstration der Pläne der Station, sowie auf Mitteilung wichtiger Einzelheiten. Das prinzipiell Bedeutsame an dieser Säuglingsstation ist, daß dort im allgemeinen keine Ammen geführt werden, sondern daß die künstliche Ernährung durchgeführt wird. Dabei haben sich infolge der ausgezeichneten Schutzvorrichtungen für den Säugling die besten Resultate ergeben — bei einer vorher beobachteten Mortalität von ca. 80 %.

Heubner (Berlin) wies in der Diskussion besonders darauf hin, daß es ein großer Segen für die Säuglingspflege wäre, wenn das von Escherich ein-

geführte Tragen der Mikuliczschen Gesichtsmaske bei an Schnupfen erkrankten Wärterinnen und Ärzten die Schnupfeninfektion der Säuglinge wirklich verhüten könne.

Sperk (Wien) sprach danach **„Über Einrichtung und Funktion des Vereins ‚Säuglingsschutz‘ in Wien“**, dessen „Goutte de lait“ gleichfalls dem Wiener St. Anna-Kinderspital attachiert und gleichzeitig mit einer „Consultation des nourissons“ verbunden ist.

Aus dem Vortrag von F. Meyer (F. Meyer und Langstein: **Über die Azidose beim Säugling**) ging hervor, daß auch beim Säugling der Hunger zu einer intermediären Azidose (und erhöhtem NH_3-Koeffizienten) führt. Beim Atrophiker findet sich ein erhöhter NH_3-Koeffizient auch ohne Fettzufuhr. Bei Enterokatarrh im Sinne Widerhofers ist gleichfalls stets ein erhöhter NH_3-Koeffizient vorhanden, der durch den Hunger, durch Störung im Kohlehydratstoffwechsel und weiterhin durch intensive Vermehrung flüchtiger Fettsäuren im Stuhl erklärt werde. Die Azidose ist hierbei ein Symptom, nicht die Ursache der Krankheit. Bei Azidose soll die Zufuhr von Fett in der Nahrung vermieden werden.

Salge (Berlin) und Escherich (Wien) betonten den Wert der Molke da, wo fettfreie Nahrung indiziert ist. Sie läßt sich durch reichlichen Pegninzusatz und halbstündiges Stehenlassen leicht auch im Haushalt herstellen.

Moro (Wien) (**Über die Bedeutung der physiologischen Darmflora**) hat Larven der Knoblauchkröte zu Versuchen, ob sich Tiere keimfrei aufziehen lassen, verwandt. Die Tiere starben im Gegensatz zu den nicht steril gehaltenen. M. vergleicht die Darmflora des Säuglings mit einem Organ; er glaubt, daß sie vor allem gegen das Eindringen fremder Bakterien schützt; ferner, daß sie zur Erzeugung der Darmgase notwendig ist, welchen wichtige physiologische Funktionen zukommen.

Salge (Berlin) (**Intoxikation und Ernährung des Säuglings**) berichtete, daß an Staphylokokkeninfektionen leidende Kinder höhere Werte von Antistaphylolysin im Blute haben als gesunde. Weiterhin teilte S. im Anschluß an Schloßmanns Behauptung, daß mit Kuhmilch ernährte Kinder gegen Einspritzung von Rinderserum immun sind, vorgenommene Untersuchungen mit, welche gegen Schloßmanns Ergebnisse sprachen.

Im Anschluß an diesen Vortrag entwickelte sich eine außerordentlich lebhafte, noch am Nachmittag fortgesetzte Diskussion, die nicht frei von persönlichen Angriffen war. Speziell die Frage des Übergangs artfremden Eiweißes in den Organismus führte zu einem regen Meinungsaustausch.

In der Sitzung vom Mittwoch Nachmittag referierte Trumpp (München) (**Blutdruckmessungen beim gesunden und kranken Säugling**) über 1300 mittels des Gärtnerschen Tonometers an Säuglingen vorgenommene Blutdruckmessungen. Es hat den Anschein, daß diese Blutdruckmessungen vielleicht noch ein diagnostisch wichtiges Hilfsmittel abgeben können bei gewissen Fällen periodischer Gewichtsschwankungen zur Feststellung, ob es sich dabei um Körperansatz oder um Wasserretention handelt.

In der Diskussion verlas Spiegelberg (München) eine kurze Mitteilung des abwesenden Oppenheimer (München). Danach erklärt dieser den Riva-Roccischen Apparat für geeignet zu Blutdruckmessungen an nicht schreienden Kindern. Reichliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr wie psychische Erregungen pflegen den Blutdruck des Kindes zu erhöhen.

Heller (Wien-Grintzing) besprach danach **„Die Wirkung der Beschäftigungstherapie bei abnormen Kindern“**. Er empfahl eine solche Therapie speziell bei Hysterie zur dauernden Heilung auch bei Veränderung des Aufenthaltortes (Ablenkungstherapie); selbst bei körperlich herabgekommenen Individuen ist sie nicht kontraindiziert. Eine gleiche Behandlung soll stattfinden bei Masturbation, Tic-artigen Erkrankungen und bei den Psychasthenikern, welch letztere leider oft mit moral insans verwechselt werden, aber durch die Beschäftigung leicht beeinflußt werden können. Als Beschäftigungen kommen in Betracht Gärtnerei, Werkstättenarbeit, namentlich im Winter, Tätigkeit im Haushalt, besonders für Mädchen. Zu befürchten ist vor allem das Zusammenkommen der Kinder mit ihren Angehörigen.

Goeppert (Kattowitz) (**Über Genickstarre**) hob aus 270 von ihm beobachteten Fällen von Meningitis epidemica 4 Punkte von allgemeinem Interesse hervor, nämlich die klinischen und pathologischen Befunde außerhalb des Zentralnervensystems, diagnostische Einzelheiten und das Stadium hydrocephalicum. Der Vor-

trag wurde durch die Demonstration sehr interessanter Injektionspräparate der Hirnhöhlen unterstützt.

In der Diskussion beharrte Jäger (Straßburg) darauf, daß der Meningokokkus nicht in allen Fällen Gram-negativ sei.

Uffenheimer (München) berichtete über „**Ein neues Symptom bei latenter (und manifester Tetanie des Kindesalters — das Tetaniegesicht**". Dies Symptom findet sich in der Mehrzahl der von ihm beobachteten Fälle von Tetanie und besteht in einer merkwürdigen Veränderung der Gesichtszüge, aus denen alles Kindliche verschwindet; an seine Stelle tritt ein Ausdruck wie von Nachdenklichkeit und Sorgen. Die Veränderung ist bedingt durch einen leichtesten Krampf der mimischen Muskulatur (Demonstration von 12 Photographien). Das Symptom tritt schon sehr früh auf, oft wenn Trousseau und Chvostek noch fehlen, manchmal sogar, wenn die K-Oe-Z erst oberhalb von 5 M.-A. ausgelöst wird. Hierdurch wird dies Zeichen direkt zu einem prämonitorischen, das zeitige Diagnosenstellung und dadurch sofortige Einleitung der richtigen Behandlung gestattet.

Reyher (Berlin) sprach über „**Bakteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten**". Er konnte seine früheren Befunde der Polbakterien bestätigen, die sich vor allem in den Plattenepithelzellen befanden.

Zum Schlusse der Sitzung demonstrierte Pfaundler (Graz) Präparate von echter und artifizieller **Pylorusstenose**, die letztere erzeugt durch Einbringen eines Konservierungsmittels in den Magen. Danach teilte er eine Methode mit, Fäzes behufs Demonstration zu konservieren. Dieselbe besteht in Vertreibung der Luft aus den Gefäßen, in welchen sich die Fäzes befinden, und Einleitung von Wasserstoff an Stelle der Luft. Die so behandelten und vorgezeigten Präparate waren sehr gut erhalten.

In der Schlußsitzung vom Donnerstag Morgen sprach Leiner (Wien) „**Über Haarausfall bei hereditärer Syphilis**". Er unterscheidet hierbei eine zirkumskripte und eine diffuse Form, die des näheren geschildert wurden.

v. Ranke (München) empfahl „**Zur Verhütung der nach Intubation und sekundärer Tracheotomie zuweilen sich ergebenden Kehlkopfstenosen**" die Kanüle nur ganz kurze Zeit liegen zu lassen (2—3 Tage) und — wenn nötig — dann lieber wieder zur intermittierenden Intubation zu greifen. Er hatte mit dieser Methode in 10 Fällen gute Resultate.

Freiherr v. Pirquet (Wien) berichtete über „**Neuere Erfahrungen über die Serumkrankheit**". Sie pflegt erstmals um den 12. Tag nach der Injektion aufzutreten (Exantheme, Drüsenschwellungen, Ödeme, Leukopenie, Präzipitinbildung); bei Wiederholung der Injektion zeigt sich beschleunigte Reaktion. Man kann zwei verschiedene, auf die Bildung von Antikörper zurückzuführende Stadien dieser beschleunigten Reaktion unterscheiden. Wird die zweite Injektion nämlich in den ersten Wochen nach der ersten Injektion vorgenommen, so erfolgt sofortige Reaktion; wird sie später vorgenommen, so erfolgt der Ausbruch der Serumkrankheit erst nach 4—6 Tagen.

Escherich (Wien) wies auf das praktische Interesse dieser Versuche hin, das in dem Modus der Ausscheidung des artfremden Eiweißes und somit auch des Antitoxins nach wiederholter Injektion liege.

Schick (Wien) (**Über postskarlatinöse Lymphadenitis**) machte darauf aufmerksam, daß zeitlich analog der Nephritis meist in der 3. Woche nach Beginn der Erkrankung selbständige Drüsenschwellungen im Unterkieferwinkel ohne gleichzeitige Nierenaffektion auftreten können, und betonte, daß dieselben diagnostisch für die Spätdiagnose eines durchgemachten Scharlachs von ähnlicher Wichtigkeit werden können wie die postskarlatinöse Nephritis.

Derselbe besprach sodann „**Die weiteren Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs an der Universitätskinderklinik in Wien**". Er konnte ebenso wie Zuppinger (Wien) (**Zur Serumtherapie des Scharlachs**) wiederum über günstige Resultate berichten, sobald zu den Einspritzungen hochwertiges Serum benutzt wurde. Leider kann bis jetzt der Wert eines Serums nur nach dem Erfolg am scharlacherkrankten Menschen abgeschätzt werden. Auch die Vorstellungen über die Wirkungsweise des Serums (es wird jetzt für ein antitoxisches gehalten) knüpfen sich — wie Escherich (Wien) auf eine diesbezügliche Anfrage erklärte — zumeist an klinische Erfahrungen.

Den Schluß der Vorträge bildeten die Mitteilungen von Veninger (Meran) über „**Einige seltene Fälle aus der Kinderpraxis**". Er berichtete zunächst über einen

spontan geplatzten Hydrocephalus, aus dem $3^1/_2$ Liter Zerebrospinalflüssigkeit ausfloß. Das Kind starb trotzdem 10 Tage später. Danach referierte V. einen Fall aus der Pockenzeit, wo die Übertragung der Pocken auf ein ungeimpftes Kind allem Anschein nach durch einen Fliegenstich erfolgt war.

IV. Therapeutische Notizen.

Zur Behandlung der Cholera asiatica macht Prof. Dr. J. Stumpf (Würzburg) eine bemerkenswerte Mitteilung. Er verwendet seit ca. 5 Jahren beim Brechdurchfall bei Kindern und Erwachsenen das feine Tonpulver, Bol. alb. pulv. officin. mit sehr günstigem Erfolge und hat diese Behandlung jetzt auch bei Cholera asiatica mit Glück versucht. Führt man bei schweren Brechdurchfällen und auch bei der Cholera asiatica in den leeren Magen der Kranken große Mengen von Tonpulver ein (bei Erwachsenen 70—100 g, bei Kindern 30 g, bei Säuglingen 10—15 g), so darf man folgender Erscheinungen gewärtig sein: Brechreiz läßt sofort nach, es tritt zur großen Erleichterung der Patienten Aufstoßen ohne Erbrechen auf, Fieber fällt schon nach $^1/_2$ Stunde unter Schweißausbruch kritisch ab, Schlafbedürfnis macht sich geltend, so daß man oft die Patienten aufwecken muß, damit sie das Pulver ganz zu sich nehmen (auf länger als 20—30 Minuten soll sich die Einfuhr des ganzen Quantums nicht verteilen). Eine conditio sine qua non für die Wirkung des Mittels ist ängstliche Vermeidung jeglicher Nahrungsaufnahme und auch jeglichen Alkohols in den ersten 18—24 Stunden nach Beginn des Einnehmens. St. hält das Mittel, in der ganzen Menge eingeführt, selbst in vorgerückten Stadien noch für wirksam. Man muß es aber in der ganzen Menge (also bis zu 100 g) in $^1/_2$ Liter frischen Brunnenwassers eingeführt, in kleineren Portionen unter häufigem Umrühren trinken. Prinzip des Verfahrens ist: Überschütten wir die Bakterien im Überschuß mit unveränderlicher anorganischer Materie von feinster Verteilung, so können sie sich nicht weiter vermehren, es kommt die Toxinbildung zum Stillstand, und es wird momentan der Krankheitsprozeß ein retrograder. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 37.)

Vaporin hat Dr. Ed. Kraus (Wien) bei Keuchhusten angewendet. Vaporin erwies sich dabei als ein Mittel, das geeignet ist, die Wucht der Krankheit zu mäßigen, die Symptome zu lindern und den Verlauf abzukürzen. Es ist außerdem von schädlichen und unangenehmen Folgen vollkommen frei, billig und sehr bequem anzuwenden. Es wird einfach 1 Eßlöffel voll Vaporin mittels kochenden Wassers in geschlossenem Raum zum Verdampfen gebracht, und die Kinder müssen täglich 30—45 Minuten diese Dämpfe einatmen. K. kann diese Methode gegen Keuchhusten warm empfehlen. (Deutsche Medizinal-Ztg. 1905. Nr. 74.)

Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre macht Oberstabsarzt Dr. Sehrwald (Trier) die Mitteilung, daß er bei einem sporadischen, ziemlich schweren Falle Gelegenheit hatte, Kollargolsalbe zu erproben, nachdem 1 Monat lang alle übrigen Mittel stets nur mit vorübergehendem Erfolge angewandt worden waren und eine ausgesprochene Besserung sich nicht hatte erzielen lassen. Die Haut am Rumpfe wurde in üblicher Weise mit Seife und Spiritus gereinigt, dann täglich 7,5 g der Salbe (Erwachsener) eingerieben. Ausgezeichneter Erfolg. Von der ersten Einreibung ab besserte sich der Zustand und nach vier Einreibungen war Patient frei von Beschwerden. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 35.)

Über Anwendung und Wirkung der Arsen-Ferratose berichtet Dr. L. Berdach (Kreuznach). Er behandelte damit 20 Kranke, darunter auch Kinder. Größere bekamen 3 mal täglich 1 Kinderlöffel, kleinere 1 Teelöffel. Das Mittel wirkte recht prompt als Tonicum in der Rekonvaleszenz nach akuten und chronischen Krankheiten, als blutbildendes Mittel bei Anämien jeder Art und skrofulösen Leiden, endlich als plastisches Mittel bei Dermatosen.

(Therap. Monatshefte. August 1905.)

Über den therapeutischen Wert des kalifornischen Feigensirups (Califig), eines neuen Abführmittels, berichtet Dr. Fr. Kölbl (Wien). Auch bei Kindern hat sich Califig in Dosen von 1—2 Teelöffel als Abführmittel bei akuter und chronischer Ver-

stopfung gut bewährt. Es wird gern genommen und recht gut vertragen, verursacht vor allem keine Leibschmerzen. Bei Behandlung der Sommerdiarrhöen leistete es gute Dienste. Schmerzlose Entleerungen erfolgen meist nach 6 bis 8 Stunden. (Wiener med. Presse. 1905. Nr. 33.)

Zur Therapie der Darmtuberkulose empfiehlt San.-Rat Dr. L. Fürst (Berlin) das Ichthalbin, mit dem er recht zufriedenstellende Resultate erzielt hat. Er behandelte damit 3 Kinder mit primärer Darmtuberkulose und 2 Erwachsene mit sekundärer Darmtuberkulose, indem er ersteren 3mal täglich 0,5 g in Kakao, letzteren 3mal täglich 1 g oder 1 Messerspitze voll in Oblaten vor dem Essen gab. Die Wirkung war eine so gute, daß er Ichthalbin als ein zweckmäßiges Mittel zur Behandlung der Darmtuberkulose warm empfehlen kann.
(Wiener med. Presse. 1905. Nr. 23.)

Das Diphtherieserum in der Therapie und Bekämpfung der Meningitis cerebrospinalis epidemica empfiehlt Dr. D. Hirsch (Krakau) auf Grund der bei einigen Fällen von Genickstarre gemachten Erfahrungen, wo das Serum therapeutisch und auch prophylaktisch von wesentlichem Nutzen war. H. hatte schon früher sich davon überzeugt, daß Diphtherieserum in schweren Scharlachfällen, frühzeitig angewandt, den Verlauf sehr günstig beeinflußte, und glaubte daher, auch bei Genickstarre einen Versuch machen zu müssen. Die Erfolge waren, wie bereits hervorgehoben, recht befriedigende. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. Nr. 30.)

Die Behandlung der Diphtherie mit Quecksilberjodid empfiehlt Iseke (Westhofen) auf Grund der in einer schweren Epidemie gemachten Erfahrungen. Iseke behandelte hier ausschließlich mit diesem Quecksilberpräparat und erzielte sehr gute Resultate. Wurde das Mittel rechtzeitig angewandt, so trat gewöhnlich schon in einigen Tagen Heilung auf; bei leichteren Fällen verschwanden die Beläge schon nach Einnahme weniger Löffel. Die Verordnung war:

Rp. Hydrarg. bijodat. 0,03
Kal. jod. 0,02
Syr. Menth. 30,0
Aq. dest. ad 200,0.
D. S. Erwachsenen 2stündl. 1 Eßlöffel,
Kindern entsprechend weniger.

Daneben nur 4stündliche Pinselungen mit frisch ausgepreßtem Zitronensaft, Prießnitz am Halse bezw. bei starker Schwellung der Drüsen Einreibungen mit Jodvasogen, Gurgelungen mit Kal. chloric. oder 3 %iger Borsäure.
(Deutsche Ärzte-Ztg. 1905. Nr. 14.)

Über Formaminttabletten (Firma Lüthi & Buhtz in Berlin) spricht sich Prof. Seifert (Würzburg) aus. Experimentelle Untersuchungen, die mit Aufschwemmungen von Streptokokken, Pneumokokken, Typhus- und Diphtheriebazillen angestellt wurden, ergaben das Resultat, daß eine Tablette in 10 ccm Wasser gelöst in 5—10 Minuten sämtliche Keime tötete, ebenso, daß angestellte Kulturversuche in Bouillon, Agar und Gelatine negativ ausfielen, d. h. die Nährboden steril blieben, während Kontrollversuche deutliche Entwicklung der Kulturen aufwiesen.

In der Praxis eignen sich die Formaminttabletten in erster Linie zur Behandlung infektiöser Halserkrankungen, wo sie wegen ihrer Doppelwirkung innerlich auf den Gesamtorganismus und lokal als Ersatz desinfizierender Gurgelwässer bei ihrer hohen bakterischen Fähigkeit ein hervorragend therapeutisches Präparat darstellen. Ihr Wert für die allgemeine Praxis wird noch erhöht durch die nicht geringen Schwierigkeiten, die das Gurgeln nicht allein bei Kindern, sondern gar nicht selten auch bei Erwachsenen nur allzu oft der Behandlung bereitet. S. hatte bei einer nicht geringen Anzahl von Angina lacunaris, die er im Laufe des Winters und des Frühjahrs zu beobachten und mit Formaminttabletten zu behandeln Gelegenheit hatte, den therapeutischen Wert dieser Tabletten sehr schätzen gelernt, insbesondere bei kleinen Kindern, die noch nicht gurgeln können. Ganz besonders gute Dienste leisteten die Tabletten bei einem Falle von traumatischem Ulcus an der hinteren Rachenwand bei einem 3jährigen Kinde, das nicht gurgeln konnte und sehr schwer unter den Schlingbeschwerden litt. Dabei bestand ein sehr intensiver Foetor ex ore. S. ließ alle 2 Stunden eine halbe Tablette nehmen und fand schon nach 24 Stunden eine wesentliche Er-

leichterung der Schlingbeschwerden, fast völliges Verschwinden des Fötors, nach 6 Tagen war das Ulcus geheilt. Ferner sah S. gute Erfolge bei verschiedenen Formen von akuter und chronischer Pharyngitis, indem die Reizbarkeit der Rachenschleimhaut herabgesetzt und der Schleim gelöst wird. Im Notfalle können die Formaminttabletten in lauwarmem Wasser ca. 35 % aufgelöst (1 Tablette in 20 g Wasser), ein gut desinfizierendes Mundwasser abgeben, da die so entstandene Formaldehydlösung (1 : 20000) stärker als 5 %ige Karbol- und 1 ‰ige Sublimatlösung bei völliger Reizlosigkeit wirkt. Außerordentlich angenehm sind die Tabletten als Prophylaktikum namentlich bei schulpflichtigen Kindern, besonders zur Zeit einer herrschenden Epidemie; S. läßt die Kinder sofort nach der Heimkehr aus der Schule eine Tablette nehmen.

(Pharmakolog. u. Therap. Rundschau. 1905. Nr. 14.)

Flüssige Gelatine als Antidiarrhoicum hat Dr. Erich Cohn (Medic. Poliklinik Bonn) mit bestem Erfolg bei zahlreichen Kindern angewandt (auch Säuglingen mit Brechdurchfall). Man verordnet:

Rp. Gelatin. 10,0
Coque c. Aq. dest.
per horas VI, ut remaneat fluida,
ad 80,0. Filtra frigide.
adde
Acid. citric. 1,0
Syr. cort. aur. ad 100,0
S. 2stündl. 1/2 Eßlöffel.

(Die Therapie der Gegenwart. September 1905.)

Neue Milchsuppen hat San.-Rat Dr. L. Fürst mit Erfolg angewandt. Es handelt sich um die Milch-Suppenwürfel (Maggi). Ein Würfel, der nur 10 Pf. kostet, ermöglicht es, mit 1/2 Liter Wasser ohne weiteres zwei Teller einer Milchsuppe zu bereiten, und zwar je nach der Geschmacksrichtung, mit Biskuit, Hafermehl oder Tapioka. Mit dieser einfachen Zubereitung erhält man also eine Milchsuppe aus guten, aufs feinste verteilten Zutaten, eine Nahrung von hoher Assimilierbarkeit und doch sehr billig. Die wohlschmeckende Suppe wird von Kindern gern genommen und hat sich zumal für Kinder vom 5.—6. Monat an als sehr bekömmlich und nahrhaft erwiesen. (Der Kinder-Arzt. 1905. Nr. 7.)

Über einfache Trachealhaken zum Gebrauche beim Kanülenwechsel schreibt Prof. v. Stubenrauch (München): „Die wenigen Worte, welche ich dem einfachen Instrumente widmen möchte, beziehen sich auf die Fälle von Tracheotomien, in welchen häufiger als sonst in den ersten Tagen ein Kanülenwechsel stattfinden muß, besonders aber auf jene Fälle, in welchen die Trachea tief liegt. Jeder beschäftigte Operateur hat wohl schon die stürmischen Szenen erlebt, welche eintreten, wenn eine in Länge knapp bemessene Kanüle bei tiefliegender (weit nach hinten liegender) Trachea nach heftigen Hustenstößen die Luftröhre verläßt oder durch sekundäre Schwellung des Halses (Emphysem usw.) aus derselben gleitet. Die sonst beliebten scharfen Häkchen zum Anhaken der Trachealwand sind oft genug lästige Instrumente, sie verletzen bei öfterem Gebrauch zu sehr die Trachealknorpel und sind nach dem Canulement manchmal nicht leicht zu entfernen. In Fällen nun, in welchen bei der Operation für die Folge die Notwendigkeit eines häufigen Kanülenwechsels klar wurde, für letzteren außerdem Schwierigkeiten aus der tiefen Lage (kurzem Halse usw.) vermutet werden konnten, hatte ich früher in beide Trachealwundränder feine Seidenfäden als Halteschlingen eingelegt, um die Luftröhrenwunde jederzeit bereit zu haben. In letzter Zeit bin ich aber im allgemeinen wieder davon abgekommen, weil eben doch ab und zu Nekrosen, wenn auch kleine, der Knorpelränder auftraten. Die von mir jetzt gebrauchten Haken[1]) zum Auseinanderhalten der Luftröhrenränder verletzen weder Schleimhaut noch Knorpel, sind leicht einzuführen, wie auch leicht zu entfernen. Mit der Biegung eines Catheter bicoudé versehen, halten sie nach ihrer Einführung einen weiten Wundtrichter offen, welcher das Einsetzen der Kanüle

---

[1]) Die Haken fertigt in zwei Größen die Firma H. Katsch, München, Bayerstr. 25.

wesentlich erleichtert. Das Instrument hat mir stets ausgezeichnete Dienste geleistet, kann leicht in seiner Biegung geändert werden und ist auch für andere Zwecke (Zungenspatel, Wundhaken für kleinere Operationen usw.) verwendbar. Zum Zwecke völlig ruhigen Arbeitens träufelt man vor dem Einsetzen der Haken in den Trachealschlitz einige (3—5) Tropfen der von Prof. Stein empfohlenen Mischung (Cocain. mur., Antipyrin āā 1,0, Sol. Acid. carb. 1 %ig 20,0) ein und wartet eine halbe Minute ab, wenn die Verhältnisse es gestatten."

(Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 31.)

Zur therapeutischen und prophylaktischen Wirkung des Formaldehyds bei inneren Krankheiten gibt J. Zwillinger (Mähr. Landeskrankenanstalt Olmütz) die Erfahrungen zum besten, die er in den letzten Monaten mit Formaminttabletten gemacht hat. Bei Angina catarrhalis (3 Fälle) und Angina lacunaris (4 Fälle) schon nach 8—10 Tabletten Rückgang der Entzündungserscheinungen; Fieber, Schwellung, Schmerzen ließen bald nach, die Schluckbeschwerden schon am 2. Tage soweit, daß feste Speisen genossen werden konnten (andere therapeutische Maßnahmen wurden nicht getroffen). Das Formaldehyd wird eben im Mundspeichel frei und wirkt desinfizierend und antiphlogistisch. Die Patienten müssen deshalb die Tabletten im Munde langsam zergehen lassen, was bei dem guten Geschmack derselben, der auch Kindern sehr behagt, leicht geschieht. Auch bei Scharlachanginen (meist Kinder von 5—10 Jahren) bewirkten die Tabletten am 3.—4. Tage kritischen Abfall der Temperatur und Nachlaß der Erscheinungen; gegeben wurden im Fieberstadium stündlich 1 Tablette, bis 5 Stück genommen waren, dann 2stündlich 1 Stück, bis das Fieber verschwand, dann noch bis zum 8. Tage 3stündlich 1 Stück. In 10 Fällen von Diphtherie wurden (neben Seruminjektionen) statt Gurgelungen die Tabletten verordnet; sehr bald stießen sich die Membranen ab, die Temperatur sank, der Zustand besserte sich dauernd, und nie ging der Prozeß weiter. In leichteren Fällen wurde gar nicht eingespritzt, nur die Tabletten gegeben (Dosierung wie bei Scharlach), und auch hier trat Heilung ein. In 5 Fällen von Cystitis bewährten sich die Tabletten gleichfalls, ebenso in 2 Fällen von Erysipel (rascher Abfall der Temperatur, baldige Begrenzung des Prozesses). — Prophylaktisch wurden die Tabletten 2mal bei Ausbruch von Scharlachepidemien (in 2 Abteilungen des Krankenhauses) den übrigen Insassen gegeben (2stündlich 1 Stück); keiner erkrankte. (Therap. Monatshefte. Oktober 1905.)

V. Neue Bücher.

L. Fürst. **Die intestinale Tuberkulose-Infektion, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.** Stuttgart 1905. Verlag von F. Enke. Preis: Mk. 10.

Eine mit ungemeinem Fleiß und lobenswerter Objektivität bearbeitete Monographie über die für Hygiene und Pädiatrie gleich wichtige Frage, welche, von Robert Koch angeregt, eine große Anzahl von Forschern beschäftigt und eine sehr reichhaltige Literatur hervorgerufen hat. Dieses gewaltige, überall zerstreute Material hat Fürst übersichtlich und kritisch zu einer lückenlosen, exakten, objektiven Darstellung des gegenwärtigen Standes der Frage zusammengefaßt, wofür ihm besonders die Pädiater zum Danke verpflichtet sind. Wer sich künftig über Säuglingsernährung orientieren, ihren Zusammenhang mit der Tuberkulose studieren will, dem bietet das Fürstsche Werk alles, was er zu wissen braucht; dasselbe stellt gewissermaßen ein Handbuch über diese Frage dar, welches alle Details kurz und klar erörtert, alle wissenschaftlichen Arbeiten über das Thema in objektiver Weise referiert und alle strittigen Punkte in sachlicher Weise beleuchtet. Das Buch sei angelegentlichst empfohlen! Grätzer.

A. Forel. **Die sexuelle Frage.** München 1905. Verlag von E. Reinhardt. Preis: Mk. 8.

Der Verf. nennt sein Buch eine „naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete", so daß man sofort die Hauptgesichtspunkte, nach denen er seine Arbeit abgefaßt hat, klar erkennt. Das Buch

hat einen immens reichen Inhalt. Die sexuelle Frage wird nach allen Richtungen hin eingehend besprochen. Daß dies in durchaus ernster, wissenschaftlicher Weise geschieht, bedarf bei diesem Autor kaum der Erwähnung. Das Buch ist die Frucht langjähriger Erfahrungen und Überlegungen. „Die Sehnsucht des menschlichen Gemütes und die Erfahrungen der Soziologie der verschiedenen Menschenrassen und geschichtlichen Zeitperioden mit den Ergebnissen der Naturforschung und den durch dieselben ans Licht geförderten Gesetzen der psychischen und sexuellen Evolution in harmonischen Einklang zu bringen" —, ein Scherflein zur Lösung dieses Problems will Forel beitragen, und es ist ihm dies zweifellos durchaus gelungen. Wenn man das Buch, das von der ersten bis zur letzten Seite unser Interesse erweckt, ausgelesen hat, hat man viel gelernt, und die mannigfaltigsten Anregungen erhalten. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Bamberg, K., Über Appendicitis bei Säuglingen (Leipzig). — **Budzynski, St.**, Über die unblutige Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation (Leipzig.) — **Eberth, Fr.**, Über Blennorrhoea neonatorum (Bonn). — **Engel, E.**, Kindliche Knochenbrüche unter der Geburt (Berlin). — **Fehsenfeld, G.**, Ein Fall von Epidermolysis bullosa congenita (Göttingen). — **Friediger, Ad.**, Ein Nierensarkom von seltener Größe bei einem 4jährigen Kinde (München). — **Heinrich, A. E.**, Über Tabes dorsalis im jugendlichen Alter (Erlangen). — **Hinz, R.**, Über den diagnostischen Wert des Tuberkulins in der Kinderpraxis (Rostock). — **Hirsch, L.**, Über die idiopathische sogen. primäre abszedierende Paranephritis des Kindesalters (Freiburg i. B.). — **Hirsch, P.**, Kasuistischer Beitrag zur Ätiologie der angeborenen Fußverkrümmungen, speziell des Klumpfußes (München). — **Knauf, G.**, Über einen Fall von Bauch-Blasen-Genitalspalte (München). — **Kreuter, E.**, Habilitationsschrift: Die angeborenen Verengerungen und Verschließungen des Darmkanals im Lichte der Entwicklungsgeschichte (Erlangen). — **Lohrmann, G.**, Über die sekundären Skelettveränderungen bei Caput obstipum (Greifswald). — **Meyer, O.**, Beiträge zur Kenntnis der Hysterie im Kindesalter (München). — **Nowakowski, K.**, Über Entwicklungshemmung der Bauchspalte und ihre praktische Bedeutung (Leipzig). — **Reiß, J.**, Ein Fall von primärem Wirbelsarkom bei einem $12^1/_2$jähr. Mädchen (München). — **Schultheiß, H.**, Über Impressionen am kindlichen Schädel (Marburg). — **Titius, Arth.**, Über eine eigenartige Form der jugendlichen Paralyse (Königsberg).

VI. Monats-Chronik.

Personalien.

Geh. Hofrat Prof. Dr. **H. v. Ranke**, Direktor der Kinderklinik an der Universität München, ist auf sein Ansuchen unter Anerkennung seiner hervorragenden Verdienste von dieser Stellung entbunden worden.

Prof. **Vulpius** in Heidelberg hat den internationalen italienischen Preis „König Humbert I", welcher für die beste Arbeit oder beste Erfindung auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie während der letzten 5 Jahre bestimmt ist, erhalten, und den Betrag (2500 Lire) zum Besten eines im Großherzogtum Baden zu errichtenden Krüppelheims zur Verfügung gestellt.

Prof. Dr. **Ad. Baginsky** ist zum Ehrenmitgliede der American Pediatric Society ernannt worden.

Dr. **H. Spitzy**, Assistent an der Grazer Universitätskinderklinik, hat sich für Orthopädie habilitiert.

Namenverzeichnis des X. Jahrganges.

Sachverzeichnis des X. Jahrganges.



Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des X. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Personalien.

